



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

**UNIDAD ACADÉMICA
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR. "DR. IGNACIO CHÁVEZ"
DEL ISSSTE EN EL DISTRITO FEDERAL**

**ASOCIACIÓN ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT Y DISFUNCIONALIDAD DE PAREJA
EN DOS CLÍNICAS DEL ISSSTE DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE LA ATENCIÓN
MÉDICA. ESTUDIO COMPARATIVO**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. VIOLETA CORONA RODRÍGUEZ



MÉXICO, D.F 2013.

No. Registro 054.2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**ASOCIACIÓN ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT Y DISFUNCIONALIDAD DE PAREJA
EN DOS CLÍNICAS DEL ISSSTE DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE LA ATENCIÓN
MÉDICA. ESTUDIO COMPARATIVO**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. VIOLETA CORONA RODRÍGUEZ

AUTORIZACIONES:



DRA. CATALINA MONROY CABALLERO
ASESOR DE TESIS
PROFESORA TITULAR DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



M.C. ALBERTO GÓNZÁLEZ PEDRAZA AVILÉS
PROFESOR DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
ASESOR METODOLÓGICO

MEXICO, D.F. 2013

**ASOCIACIÓN ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT Y DISFUNCIONALIDAD DE PAREJA
EN DOS CLÍNICAS DEL ISSSTE DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE LA ATENCIÓN
MÉDICA. ESTUDIO COMPARATIVO**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

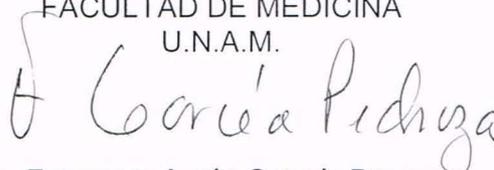
PRESENTA:

DRA. VIOLETA CORONA RODRÍGUEZ

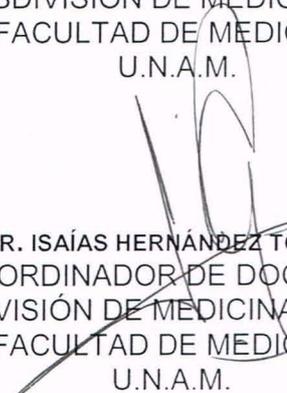
AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

MEXICO, D.F. 2013

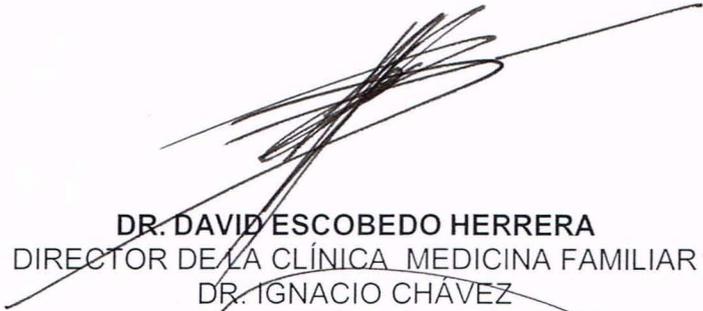
**ASOCIACIÓN ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT Y DISFUNCIONALIDAD DE PAREJA
EN DOS CLÍNICAS DEL ISSSTE DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE LA ATENCIÓN
MÉDICA. ESTUDIO COMPARATIVO**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. VIOLETA CORONA RODRÍGUEZ

AUTORIZACIONES:



DR. DAVID ESCOBEDO HERRERA
DIRECTOR DE LA CLÍNICA MEDICINA FAMILIAR
DR. IGNACIO CHÁVEZ



DR. JESÚS LUNA ÁVILA
JEFE ENSEÑANZA DE LA CLÍNICA MEDICINA FAMILIAR
DR. IGNACIO CHÁVEZ

DEDICATORIAS

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mis padres Enedina y Luis por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

A mi Esposo David por ser mi compañero y sobretodo amigo, que siempre ha creído en mí y me ha apoyado en todo momento.

A mi hijo David Arturo que ha dado sentido a mi vida y que siempre está en mi corazón con su amor.

Mis hermanos, Lidia, Raúl, Alberto y Olivia, por estar conmigo y apoyarme siempre, los quiero mucho.

A mis amigas, Monhtserrat Alexander y Gabriela agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida.

AGRADECIMIENTOS:

Especialmente a la Dra. Catalina Monroy Caballero y M.C. Alberto González Pedraza Avilés por ser mis asesores, apoyarme en la realización de esta investigación, por ser mi guía, compartiéndome sus conocimientos, experiencias, apoyo y confianza en mi trabajo, su capacidad para guiar mis ideas ha sido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo de esta tesis, sino también en mi formación como investigador.

Gracias a todo el personal del ISSSTE que participo con la contestación de los cuestionarios, que con su ayuda han colaborado en la realización del presente trabajo

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	8
ABSTRACT.....	10
MARCO TEÓRICO.....	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	51
JUSTIFICACIÓN.....	53
OBJETIVOS.....	55
• Objetivo general	
• Objetivo específico	
MATERIAL Y MÉTODOS.....	56
• Tipo de estudio	
• Población lugar y tiempo	
• Tipo y tamaño de la muestra	
• Criterios de selección	
• Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	
• Variables de estudio	
• Diseño de investigación	
• Consideraciones éticas	
RESULTADOS	65
TABLAS.....	68
DISCUSION.....	77
CONCLUSIONES.....	81
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	82
ANEXOS.....	86

RESUMEN

Introducción: El Síndrome de Burnout se ha definido como una “respuesta al estrés laboral crónico, integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja, al propio rol profesional y también por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado”.

La funcionalidad conyugal está dada por la calidad de las interacciones en la pareja que debería dibujar una relación interdependiente de apoyo que constituye la promoción de la misma pareja a través de la individualidad para poder promocionarse a ambos niveles (individual y de pareja).

Objetivo: Determinar la asociación entre el síndrome de Burnout y la disfuncionalidad de pareja en el personal de salud de dos clínicas del ISSSTE de primero y segundo nivel de atención médica.

Diseño: Observacional, descriptivo, transversal, comparativo.

Material y métodos: Se utilizó el Maslach Burnout Inventory y el instrumento de subsistema conyugal. Para contrastar hipótesis se utilizó estadística diferencial a través de las pruebas de Chi², U de Mann Whitney, Kruskal Wallis y Rho de Spearman, con nivel de significancia de 0.05. Programa estadístico SPSS V15

Resultados: Al asociar funcionalidad conyugal y el síndrome de Burnout en sus tres dimensiones en la totalidad de la población de estudio, no se obtuvo significancia estadística.

ca en ninguno de los casos. Sin embargo, al realizar el mismo análisis pero comparando las unidades médicas, se obtuvo asociación con significancia estadística entre la funcionalidad conyugal y el agotamiento emocional en los trabajadores de la CMF. Dr. Ignacio Chávez ($p=0.027$).

Al relacionar funcionalidad conyugal con las variables de estudio se obtuvo significancia estadística con el sexo y el estado civil en el primer nivel de atención y con estado civil, número de hijos, presencia de hipertensión arterial y depresión en segundo nivel de atención. Para las dimensiones de Burnout se obtuvo significancia estadística entre: agotamiento emocional con desempeño de su profesión e insumos materiales en primer nivel de atención, y la misma dimensión y grupo de edad para segundo nivel de atención. También entre ejecución personal con años de laborar, desempeño de profesión y licencias médicas en primer nivel y la misma dimensión con desempeña su profesión en segundo nivel de atención y para despersonalización e insumos materiales en primer nivel de atención.

Conclusión:

Al llevar a cabo el análisis para asociar el síndrome de Burnout y la disfuncionalidad de pareja no se obtuvo dicha asociación, los trabajadores de la clínica de primer nivel presentaron una mayor afectación en ambas variables.

Palabras clave: Síndrome de Burnout, funcionalidad conyugal, agotamiento emocional, despersonalización, ejecución personal.

ABSTRACT

Introduction: The burnout syndrome has been defined as a "response to chronic work-place stress, made of negative attitudes and feelings towards coworkers, professional role, and also by the experience of being emotionally drained."

Marital functionality is determined by the quality of interactions between partners, which should establish an interdependent support relationship, promoting the couple through individuality in order to develop on either level (individual and couple).

Objective: To determine the association between burnout syndrome and dysfunctional couples on medical staff working at two ISSSTE clinics, primary and secondary care.

Design: Observational, descriptive, transversal, comparative study.

Methods: The Maslach Burnout Inventory was used, as well as an instrument of marital subsystem. To prove the hypothesis, we used differential statistics consisting of chi-squared test, Mann-Whitney *U* test, Kruskal–Wallis one-way analysis of variance, and Spearman's Rho, with a significance level of 0.05. Statistic program: SPSS V15.

Results: By associating marital functionality with the burnout syndrome in its three dimensions, there was no statistical significance on the entire study population in any of the cases. However, when performing the same analysis – but comparing both medical units –, we obtained statistically significant association between marital functionality and emotional exhaustion among staff working at the primary care medical center "Dr. Ignacio Chávez" ($p = 0.027$).

By linking marital functionality with the study variables, statistical significance was obtained between gender and marital status at the primary care unit, and between marital status, offspring, number of children, presence of hypertension and depression at the secondary care unit.

For the dimensions of the Burnout syndrome, statistical significance was obtained between emotional exhaustion, professional performance and intermediate goods at the

primary care unit; at the second care unit the significance was proven between the same dimension and age group. In the same way, significance was obtained between personal fulfillment and years of active work, professional performance and medical leaves at the primary care unit, while at the secondary care unit, it was between the same dimension with professional performance and depersonalization and primary goods.

Conclusion: By carrying out the analysis to associate Burnout syndrome and marital dysfunctionality, the association was not obtained; medical staff working at the primary care unit was greatly affected on both variables.

Keywords: Burnout Syndrome, marital functionality, emotional exhaustion, depersonalization, personal performance.

MARCO TEÓRICO

DEFINICIÓN

El síndrome de agotamiento profesional o Burnout, es un término que traducido al castellano significa “estar o sentirse quemado por el trabajo, agotado, sobrecargado, exhausto”.

Aunque no existe una definición unánime aceptada, hay consenso en considerar que este síndrome aparece en el individuo como una respuesta al estrés laboral crónico que surge al trabajar bajo condiciones difíciles en contacto directo con los usuarios, teniendo consecuencias negativas para la persona y las organizaciones.^{1,2,3,4,5,6,7,8}

El síndrome de Burnout hace referencia a un tipo de estrés laboral e institucional generado en profesionales que mantienen una relación constante y directa con otras personas, particularmente quienes ejercen profesiones de ayuda (médicos, enfermeras, profesores) y que han puesto expectativas y dedicación excesiva a su trabajo.⁵

De esta forma, el Síndrome de Burnout puede definirse como el estado disfuncional y disforico relacionado con el trabajo, en una persona que no padece otra alteración psicopatológica mayor, en un puesto en el que había funcionado adecuadamente, tanto a nivel de rendimiento como de satisfacción personal y que luego ya no puede conseguirlo de nuevo.⁵

SINONIMIA

El Síndrome de Burnout(SB), también conocido como síndrome de aniquilamiento, síndrome de estar quemado, síndrome de desmoralización o síndrome de agotamiento emocional o profesional es considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como una enfermedad laboral que provoca detrimento en la salud física y mental de los individuos.^{3,4,9,10}

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Este síndrome ha sido estudiado desde el primer tercio del Siglo XX, cuando se empezaron a buscar los distintos factores que propician su aparición.¹¹

Fue descrito por primera vez por el psicoanalista Herbert J. Freudenberger en 1973, quien trabajaba como voluntario en la clínica Libre de Nueva York para toxicómanos. A partir de observar cambios en él y en otros profesionales (psicólogos, consejeros, médicos, asistentes sociales, enfermeros, dentistas) notó que con el paso del tiempo, la mayoría de aquellos que ofrecían su trabajo, presentaban una pérdida progresiva de la energía hasta el agotamiento, desmotivación para el trabajo y síntomas de depresión y ansiedad, así mismo observó que estas personas que eran idealistas se volvían menos sensibles, poco comprensibles y aún agresivas en relación con los pacientes, mostrando distanciamiento y cinismo para los demás. Lo observó principalmente en los profesionales de servicio o de ayuda cuya actividad va dirigida hacia otras personas.^{3,4,6,12,13,14,15.}

Freudenberger describe el Burnout, como un conjunto de síntomas médico-biológico y psicosociales, inespecíficos que se desarrollan en la actividad laboral como resultado de una demanda excesiva de energía.^{3,4,6,12,13}

El síndrome de Burnout ha pasado por una época de ferviente interés a partir de los trabajos de Cristina Maslach (1976), psicóloga social, quien estudiando las respuestas emocionales de los empleados de profesiones de ayuda a personas, eligió el término que era utilizado de forma coloquial entre abogados, dándolo a conocer en el congreso anual de la Asociación de Psicología Americana (APA) refiriéndose a una condición cada vez más frecuente en los trabajadores de servicios de salud.¹²

Pines y Kafry en 1978, por su parte definieron el Burnout como una *“experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal.”*⁴

Edelwich y Brodsky en 1980 lo definen como *“una pérdida progresiva del idealismo, energía, y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones de trabajo”.*⁴

En 1981, Maslach y Jackson definieron el concepto desde una perspectiva tridimensional caracterizada por:

- *Agotamiento emocional.* Se define como cansancio y fatiga física, psíquica o como una combinación de ambos. Es la sensación de no poder dar más de sí mismo a los demás.

- *Despersonalización.* Es la segunda dimensión y se entiende como el desarrollo de sentimientos, actitudes, y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas, especialmente hacia los clientes, pacientes, usuarios, etc. Se acompaña de un incremento en la irritabilidad y una pérdida de motivación. El sujeto trata de distanciarse no sólo de las personas destinatarias de su trabajo sino también de los miembros del equipo con los que trabaja, mostrándose cínico, irritable, irónico e incluso utilizando a veces etiquetas despectivas para referirse a los usuarios, clientes o pacientes tratando de hacerles culpables de sus frustraciones y del descenso del rendimiento laboral.
- *Sentimiento de bajo logro o realización profesional y/o personal.* Surge cuando se verifica que las demandas que se le hacen, exceden su capacidad para atenderlas de forma competente. Supone respuestas negativas hacia uno mismo y hacia su trabajo, se evitan las relaciones personales y profesionales, hay bajo rendimiento laboral, incapacidad para soportar la presión y una baja autoestima. La falta de logro personal en el trabajo se caracteriza por una dolorosa desilusión y fracaso al darle sentido a la actividad laboral. Se experimentan sentimientos de fracaso personal (falta de competencia, de esfuerzo o conocimientos), carencias de expectativas y horizontes en el trabajo y una insatisfacción generalizada. Como consecuencia se da la impuntualidad, la evitación del trabajo, el ausentismo y el abandono de la profesión, síntomas habituales y típicos de esta patología laboral. ⁴

Pines Aronson y Kafry, sugieren que este síndrome se debe a “un agotamiento físico, emocional y mental causado por que la persona se encuentra implicada durante largos periodos de tiempo a situaciones que le afectan emocionalmente”.⁴

En la década de los 80 del siglo pasado, la psicóloga Cristina Maslach de la Universidad de Berkeley, California en los Estados Unidos, retoma el término utilizado por Freudenberg para definir el Síndrome de Agotamiento Profesional o Burnout, y en conjunto con el psicólogo Michael P. Leiter de la Universidad de Acadia Nova Escotia, Cánada, desarrollaron un instrumento para medir el síndrome, al cual llaman Cuestionario de Maslach, que desde su desarrollo en 1986 es el instrumento más utilizado en todo el mundo, el cual ha sido traducido al español por el Dr. Adán Mingote¹³

El “Maslach Burnout Inventory” (MBI) ha sido utilizado en un sin número de estudios con muestras de todo tipo a nivel laboral, cuenta con tres versiones y ha sido validado y traducido en diferentes países incluido el español, como en España y en Chile.¹⁴

Aunque desde el origen del concepto de Burnout se ha considerado la conceptualización establecida por Maslach (1982) y se han venido desarrollando y validando numerosos instrumentos para intentar medir este síndrome, la literatura ha reportado más de 100 síntomas asociados al síndrome del Burnout, lo que dificultó en cierta medida la delimitación de los síntomas que lo conforman en sus principios, quedando la “sensación” que cuanto problema psicofisiológico y conductual que se manifestara en los ambientes laborales tenían relación con el Burnout¹⁴

EPIDEMIOLOGIA

No existen datos precisos de prevalencia, respecto a la población general, de los colectivos de mayor riesgo. En relación al sexo, globalmente, los estudios no establecen claras diferencias significativas. En cuanto a la edad coinciden en que, por causas diversas, se dan más casos en el intervalo de 30 a 50 años. Respecto a variables como el estado civil, número de hijos, formación académica, puesto de trabajo, tipo de contrato, etc., no se han obtenido de momento diferencias significativas que determinen una tendencia. Los estudios se han centrado en colectivos específicos como profesionales sanitarios, maestros, fuerzas de seguridad, servicios sociales, funcionarios de prisiones, etc. (en general, en esas profesiones que mantienen un contacto directo con las personas que son los beneficiarios del propio trabajo). Algunas prospecciones sobre estos colectivos muestran unos porcentajes de prevalencia que oscilan del 10% al 50% de trabajadores afectados.⁶ No obstante, el síndrome de Burnout no es exclusivo de estas profesiones, existen estudios en vendedores, ingenieros y técnicos, deportistas, supervisores, directores, secretarios, etc., incluso existen estudios en profesiones que no son del sector servicios. Estos datos son meramente orientativos y proceden fundamentalmente de estudios sobre colectivos específicos realizados en otros países. Las cifras indican que el problema presenta una cierta magnitud. Esta realidad conlleva, sin duda, consecuencias nocivas sobre la salud laboral, tanto a nivel individual como organizativo.^{6,8,16}

MODELOS EXPLICATIVOS DEL BURNOUT

La etiología del Burnout ha suscitado mucha polémica, ya que, como hemos visto, se le han atribuido causas muy diversas, diferente grado de importancia de las variables antecedentes consecuentes, y distintos factores implicados. Esto ha dado lugar al desarrollo de múltiples modelos explicativos.^{6,7}

Una de las clasificaciones más utilizada y actualizada es la de Gil-Monte y Peiró (1997). Estos categorizan los modelos etiológicos en cuatro tipos de líneas de investigación: Teoría Socio cognitiva del Yo, Teoría del Intercambio Social, Teoría Organizacional y Teoría Estructural:

1) Modelos etiológicos basados en la Teoría Socio cognitiva del Yo.

En estos modelos las causas más importantes son: 1) Las cogniciones influyen en la forma de percibir la realidad, se modifican por sus efectos y consecuencias observadas. 2) El empeño para la consecución de objetivos y las consecuencias emocionales de las acciones están determinadas por la autoconfianza del sujeto. Es evidente que estos modelos etiológicos dan gran importancia a las variables del ser, como ser, la autoconfianza, auto eficacia, auto concepto, etc. entre ellos se encuentra el Modelo de Competencia Social de Harrison (1983), el Modelo de Pines (1993), el Modelo de Cherniss (1993) y el Modelo de Thompson, Page y Cooper (1993).^{6,7}

1.1) Modelo de Competencia Social de Harrison (1983)

Este autor se basa en la competencia y eficacia percibida para explicar la "competencia

percibida" como función del Síndrome de Burnout (SB). Éste explica que gran parte de los profesionales que empiezan a trabajar en servicios de asistencia tienen un grado alto de motivación para ayudar a los demás y de altruismo, pero ya en el lugar de trabajo habrá factores que serán de ayuda o de barrera que determinarán la eficacia del trabajador. En el caso que existan factores de ayuda junto con una alta motivación, los resultados serán beneficiosos; ya que aumenta la eficacia percibida y los sentimientos de competencia social. Sin embargo, cuando hay factores de barrera, que dificultan el logro de metas en el contexto laboral, el sentimiento de auto-eficacia disminuirá. Si estas condiciones se prolongan en el tiempo puede aparecer el SB.^{6,7}

Entre los factores de ayuda y de barrera se mencionan: la existencia de objetivos laborales realistas, el nivel de ajuste entre los valores del sujeto y la institución, la capacitación profesional, la toma de decisiones, la ambigüedad del rol, disponibilidad y disposición de los recursos, retroalimentación recibida, sobrecarga laboral, ausencia o escasez de recursos, conflictos interpersonales, disfunciones del rol, etc.^{6,7}

1.2) Modelo de Pines (1993)

Pines, señala que el fenómeno del SB radica cuando el sujeto pone la búsqueda del sentido existencial en el trabajo y fracasa en su labor. Estos sujetos les dan sentido a su existencia por medio de tareas laborales humanitarias. Este modelo es motivacional, y plantea que sólo se queman aquellos sujetos con alta motivación y altas expectativas. Un trabajador con baja motivación inicial puede experimentar estrés, alienación, depresión o fatiga, pero no llegará a desarrollar el SB.^{6,7}

Por lo tanto, el SB lo explica como un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por afrontar situaciones de estrés crónico junto con muy altas expectativas. El SB sería el resultado de un proceso de desilusión donde la capacidad de adaptación del sujeto ha quedado disminuida severamente.^{6,7}

1.3) Modelo de autoeficacia de Cherniss (1993)

Para Cherniss, la consecución independiente y exitosa de las metas aumenta la eficacia del sujeto. Sin embargo, la no consecución de esas metas lleva al fracaso psicológico; es decir, a una disminución del autoeficacia percibida y, por último, al desarrollo del Burnout.

Por otro lado, los sujetos con fuertes sentimientos de autoeficacia percibida tienen menos probabilidad de desarrollar el Burnout, porque experimentan menos estrés en situaciones amenazadoras; ya que éstos creen que pueden afrontarlas de forma exitosa.^{6,7}

1.4) Modelo de Thompson, Page y Cooper (1993)

Thompson y cols, destacan cuatro factores implicados en la aparición del Burnout, y señalan que la autoconfianza juega un papel fundamental en ese proceso. Los cuatro factores son: 1) Las discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del sujeto. 2) El nivel de autoconciencia. 3) Las expectativas de éxito personal. 4) Los sentimientos de autoconfianza.^{6,7}

Estos autores plantean que tras reiterados fracasos en la consecución de las metas labo-

rales junto con altos niveles de autoconciencia, de las discrepancias percibidas o anticipadas entre las demandas y recursos, se tiende a utilizar la estrategia de afrontamiento de "retirada mental o conductual" de la situación amenazadora. Un patrón de retirada serían las conductas de despersonalización. Estas estrategias tienen como objetivo reducir las discrepancias percibidas en el logro de los objetivos laborales.^{6,7}

2) Modelos etiológicos basados en las Teorías del Intercambio Social

Estos modelos plantean que cuando el sujeto establece relaciones interpersonales se pone en marcha el proceso de comparación social. A partir de dicha comparación pueden generarse percepciones de falta de equidad o falta de ganancia, lo que conllevaría a aumentar el riesgo de padecer Burnout.

Los modelos que siguen esta línea de investigación son: el Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli (1993) y el Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Freedy (1993).^{6,7}

2.1) Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli (1993)

Este modelo se desarrolló para explicar la aparición del Burnout en enfermeras. A partir de este contexto plantea dos tipos de etiología del Burnout: uno de ellos se refiere a los procesos de intercambio social con los pacientes, y pone el énfasis en los mecanismos y procesos de afiliación y comparación con los compañeros de trabajo.^{6,7}

Según Buunk y Schaufeli (1993), existen tres fuentes de estrés que están relacionadas

con los *procesos de intercambio social*: 1) La incertidumbre: Es la ausencia o falta de claridad sobre los propios sentimientos y pensamientos sobre cómo actuar. 2) La percepción de equidad: Hace referencia al equilibrio percibido sobre lo que se da y lo que se recibe en el curso de sus relaciones. 3) La falta de control: Se explica como la posibilidad/capacidad del trabajador para controlar los resultados de sus acciones laborales. Respecto a los *mecanismos y procesos de afiliación social y comparación con los compañeros de trabajo*, los autores explican que los profesionales de enfermería no buscan apoyo social de los compañeros ante situaciones estresantes, por temor a ser catalogados como incompetentes.^{6,7}

2.2) Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Freedy (COR) (1993)

La teoría de Conservación de Recursos es una teoría motivacional basada en la idea de que cuando la motivación básica del trabajador se ve amenazada o negada lleva al estrés que, a su vez, puede producir el Burnout. Según esta teoría, para reducir los niveles de Burnout se deben aumentar los recursos de los empleados y, así, eliminar la vulnerabilidad a perderlos. También se debe intentar modificar de manera positiva las cogniciones y percepciones, con el fin de disminuir los niveles de estrés percibido y, por consecuencia, del Burnout. Por lo tanto, las estrategias de afrontamiento que recomiendan estos autores para prevenir el desarrollo de Burnout son las de tipo "activo".^{6,7}

La idea básica del COR es que los trabajadores se esfuerzan por aumentar y mantener sus recursos, que es lo que ellos valoran. Entonces, el Burnout aparecería si esos recursos están amenazados, perdidos, o cuando el sujeto invierte en sus recursos; pero no

recibe lo que espera. De acuerdo con la teoría de COR, la exposición prolongada a las situaciones de demandas profesional hace que el trabajador llegue a estados de agotamiento emocional y físico; lo que es el componente central de Burnout. En suma, esta teoría define cuatro categorías básicas de recursos: propósitos (capacidad intrínseca para afrontar), condiciones, características personales, capacidad física (Hatinen, M & cols, 2004).^{6,7}

3) Modelos etiológicos basados en la Teoría Organizacional

Estos modelos se caracterizan por basarse en la función de los estresores del contexto organizacional y de las estrategias de afrontamiento que utilizan los trabajadores ante el Burnout. Según estos modelos, las variables como las funciones del rol, el apoyo percibido, la estructura, el clima y la cultura organizacional junto a la forma de afrontar las situaciones amenazantes, están implicadas en la aparición del síndrome. Así pues, las causas varían dependiendo del tipo de estructura organizacional y de la institucionalización del apoyo social. Por ejemplo, el Burnout se puede originar por agotamiento emocional en una organización burocrática mecánica y de comunicación vertical; mientras que en organizaciones con burocracias profesionalizadas (hospitales) puede aparecer el Burnout por disfunciones de rol y conflictos interpersonales.^{6,7}

3.1) Modelo de Fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1988)

Este modelo propone una progresión secuencial en el tiempo, en la que la ocurrencia de un componente precipita el desarrollo de otro. Así, en la secuencia, la despersonalización es la primera fase del Burnout, le seguiría la realización personal disminuida y, por último,

el incremento del agotamiento emocional.

Golembiewski (1986), uno de los seguidos más relevantes del modelo, subraya la importancia de las disfunciones del rol -pobreza, conflicto y ambigüedad del rol, en un proceso en el que los trabajadores disminuyen el grado de responsabilidad ante la tensión del estrés laboral. En la primera fase, se desencadena el estrés por la sobrecarga laboral y pobreza del rol, provocando sentimientos de pérdida de autonomía y de control. Esto, a la vez, genera sentimientos de irritabilidad, fatiga y una disminución de la autoimagen positiva. En la segunda fase, el sujeto desarrolla estrategias de alejamiento para afrontar la situación amenazante del contexto laboral. Este tipo de estrategia puede ser constructiva o no, dependiendo de su naturaleza (sin eliminar la empatía o con cinismo). Si se desarrollan actitudes de despersonalización (cinismo), aparece el Burnout. Las siguientes fases se caracterizarán por baja realización personal, para desembocar en agotamiento emocional.^{6,7}

3.2) Modelos de Cox, Kuk y Leiter (1993)

Este modelo sugiere, desde un enfoque transaccional del estrés laboral, que el Burnout es un acontecimiento particular que se da en las profesiones humanitarias, y que el Agotamiento Emocional es la dimensión esencial de este síndrome. La despersonalización es considerada una estrategia de afrontamiento ante el agotamiento, y la baja realización personal es el resultado de la evaluación cognitiva del estrés al que se enfrenta el trabajador. En este punto también intervienen los distintos significados que el sujeto le atribuye al trabajo o las posibles expectativas frustradas en el ámbito laboral.^{6,7}

Otro antecedente del Burnout es lo que Cox y col, (1993) denominan "salud de la organización". Éste se refiere al ajuste entre la coherencia e integración de los sistemas psicosociales de la organización (estructuras, políticas, procedimientos, cultura, etc.).^{6,7}

3.3) Modelo de Winnubst (1993)

Este modelo adopta la definición de Burnout propuesta por Pines y Aronson (1988), y plantea que surge de las interrelaciones entre el estrés, la tensión, el apoyo social en el contexto de la estructura y la cultura de la organización. Por lo tanto, la etiología del Burnout estaría influida por los problemas derivados de la estructura, el clima y cultura organizacional. Para Winnubst (1993), la cultura de la organización está determinada por su estructura y, por lo tanto, los antecedentes del Burnout variarán en función del tipo de cultura organizacional e institucionalización del apoyo social. Paralelamente, al estar estrechamente relacionado el apoyo social con la estructura organizacional, éste es un factor fundamental que afecta la percepción del sujeto respecto la estructura organizacional y, por lo tanto, es una variable esencial sobre la cual intervenir para prevenir o disminuir los niveles de Burnout. Este autor, al igual que Golembiewski y col, (1983; 1986) defiende que el Burnout puede afectar a todo tipo de profesionales, y no sólo a aquellos que trabajan en áreas de salud o de servicios de ayuda.^{6,7}

Otras contribuciones recientes han intentado relacionar el SB con la Teoría de la Acción, definiendo al Burnout en términos de alteración de procesos de acción (Burisch, 1993). Con la Teoría General del Estrés lo relacionan como una falta de habilidades de afrontamiento y de motivación (Hobfoll y Fredy, 1993).^{6,7}

4) Modelos etiológicos basados en la Teoría Estructural

Estos modelos tienen en cuenta los antecedentes personales, interpersonales y organizacionales para explicar la etiología del Burnout de manera integral. Se caracterizan, porque se basan en los modelos transaccionales. Dichos modelos plantean que el estrés es consecuencia de una falta de equilibrio de la percepción entre las demandas y la capacidad de respuesta del sujeto. ^{6,7}

4.1) Modelo de Gil-Monte y Peiró (1997)

Este modelo explica el Burnout teniendo en cuenta variables de tipo organizacional, personal y estrategias de afrontamiento. Plantea que este síndrome es una respuesta al estrés laboral percibido (conflicto y ambigüedad del rol), y surge como producto de un proceso de reevaluación cuando la forma de afrontamiento a la situación amenazante es inadecuada. Esta respuesta implica una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias, por ejemplo, la falta de salud, baja satisfacción laboral, pasividad, evitación, etc.). ^{6,7}

FACTORES DE RIESGO

Los factores que más se han estudiado como variables que intervienen en el desarrollo del síndrome de Burnout son:

Características del puesto y el ambiente de trabajo: La empresa es la que debe organizar el trabajo y controlar el desarrollo del mismo. Corresponde a ella la formación del empleado, delimitar y dejar bien claro el organigrama para que no surjan conflictos, espe-

cificar horarios, turnos de vacaciones, etc. Debe funcionar como sostén de los empleados y no como elemento de pura presión. La mayor causa de estrés es un ambiente de trabajo tenso, ocurre cuando el modelo laboral es muy autoritario y no hay oportunidad de intervenir en las decisiones. La atmósfera se tensa y comienza la hostilidad entre el grupo de trabajadores. Según los expertos, el sentimiento de equipo es indispensable para evitar el síndrome.^{3.4.6.7.9.12.17}

- **Los turnos laborales y el horario de trabajo**, para algunos autores, el trabajo por turnos y el nocturno facilita la presencia del síndrome. Las influencias son biológicas y emocionales debido a las alteraciones de los ritmos cardiacos, del ciclo sueño-vigilia, de los patrones de temperatura corporal y del ritmo de excreción de adrenalina.

- **La seguridad y estabilidad en el puesto**, en épocas de crisis de empleo, afecta a un porcentaje importante de personas, en especial a los grupos de alto riesgo de desempleo (jóvenes, mujeres, las personas de más de 45 años).

- **La antigüedad profesional**, aunque no existe un acuerdo claro de la influencia de esta variable, algunos autores han encontrado una relación positiva con el síndrome manifestada en dos períodos, correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de 10 años de experiencia, como los momentos en los que se produce un mayor nivel de asociación con el síndrome.

- **El progreso excesivo o el escaso**, así como los cambios imprevistos y no deseados son fuente de estar quemado y en tensión. El grado en que un cambio resulta estresante depende de su magnitud, del momento en que se presenta y del nivel de incongruencia con respecto a las expectativas personales.

- **La incorporación de nuevas tecnologías en las organizaciones**, suelen producir transformaciones en las tareas y puestos de trabajo, que incluyen cambios en los sistemas de trabajo, en la supervisión y en las estructuras y formas organizativas. Las demandas que plantean las nuevas tecnologías sobre los trabajadores, generan escenarios con multiplicidad de factores y estresores, entre los cuales se puede mencionar: la necesidad de capacitación, miedo a ser desincorporado, incremento de control y monitorización del desempeño, aspectos relacionados con la seguridad, reducción de la interacción psicosocial directa, posibilidades de aislamiento en el puesto de trabajo, así como los cambios de roles en el sistema organizacional.

- **La estructura y el clima organizacional**, cuanto más centralizada sea la organización en la toma de decisiones, cuanto más compleja (muchos niveles jerárquicos), cuanto mayor es el nivel jerárquico de un trabajador, cuanto mayores sean los requerimientos de formalización de operaciones y procedimientos, mayor será la posibilidad de que se presente el síndrome de Burnout.

- **Oportunidad para el control**, una característica que puede producir equilibrio psicológico o degenerar en Burnout, es el grado en que un ambiente laboral permite al individuo controlar las actividades a realizar y los acontecimientos.

- **Retroalimentación** de la propia tarea, la información retroalimentada sobre las propias acciones y sus resultados es, dentro de ciertos límites, un aspecto valorado por las personas en el marco laboral. La retroalimentación o feedback de la tarea, ha sido definido como el grado en que la realización de las actividades requeridas por el puesto proporciona a la persona información clara y directa sobre la eficacia de su desempeño. La investigación realizada al respecto muestra por lo general que los trabajadores que ocupan puestos con esta característica presentan mayores niveles de satisfacción y de motivación intrínseca, y niveles más bajos de agotamiento emocional que aquellos que ocupan puestos en donde esta retroalimentación falta o es insuficiente.

- **Las relaciones interpersonales**, son de forma habitual valoradas en términos positivos. Diversos teóricos de la motivación han señalado que la afiliación es uno de los motivos básicos de la persona. Los ambientes de trabajo que promueven el contacto con la gente serán, por lo general, más beneficiosos que aquellos que lo impiden o lo dificultan. De hecho, las oportunidades de relación con otros en el trabajo es una variable que aparece relacionada con la satisfacción. Esto no significa que las relaciones interpersonales en el trabajo siempre resulten positivas, con cierta frecuencia se traducen en uno de los desencadenantes más severos e importantes, sobre todo cuando son relaciones basadas

en desconfianza, sin apoyo, poco cooperativas y destructivas lo que produce elevados niveles de tensión entre los miembros de un grupo u organización.

- **El salario** ha sido invocado como otro factor que afectaría al desarrollo de Burnout en los trabajadores, aunque no queda claro en la literatura.

- **La estrategia empresarial** puede causar el Burnout: empresas con una estrategia de minimización de costos en las que se reduce personal ampliando las funciones y responsabilidades de los trabajadores; aquéllas que no gastan en capacitación y desarrollo de personal, aquéllas en las que no se hacen inversiones en equipo y material de trabajo para que el personal desarrolle adecuadamente sus funciones, limitan los descansos, etc.

3,4,6,7,9,12,17

Factores personales:

- El deseo de destacar y obtener resultados brillantes
- Un alto grado de auto exigencia
- Baja tolerancia al fracaso
- Perfeccionismo extremo
- Necesitan controlarlo todo en todo momento
- Sentimiento de indispensabilidad laboral
- Son muy ambiciosos.
- Dificultad para conocer y expresar sus emociones.
- Impacientes y competitivos por lo que les es difícil trabajar en grupo.

- Gran implicación en el trabajo
- Pocos intereses y relaciones personales al margen del trabajo.
- Idealismo
- Sensibilidad

Todo esto se acentúa si:

No tiene una preparación adecuada para enfrentar las expectativas organizacionales en relación al trabajo.

Si tiene dificultades para pedir ayuda a los compañeros o trabajar en equipo.

Cuando no comparte las ideas, metas o valores del grupo de trabajo o la empresa.

Experimenta sentimientos de miedo o culpa cuando no ha cumplido algo que debería haber hecho.

No es capaz de compartir sus preocupaciones o miedos sobre su vida laboral con su pareja, familia o amigos.

No descansa lo suficiente cuando está cansado.

No encuentra otro empleo cuando desea cambiarlo.

Tiene problemas familiares, económicos, etc. ^{3,4,6,7,9,12,17}

Algunas de las variables socio demográficas estudiadas son:

La edad: aunque parece no influir en la aparición del síndrome se considera que puede existir un periodo de sensibilización debido a que habría unos años en los que el profesional sería especialmente vulnerable a éste, siendo estos los primeros años de carrera

profesional dado que sería el periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, apreciándose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni las esperadas, por lo tanto cuanto más joven es el trabajador mayor incidencia de Burnout hallaremos.^{3,4,6,7,9,12,17}

El sexo: el Burnout tiende a ser más frecuente en la mujer, relacionándose con la doble carga laboral (tarea profesional y familiar) y el tipo de enlace afectivo que puede desarrollarse en el ambiente laboral y familiar.^{3,4,6,7,9,12,17}

El estado civil: aunque se ha asociado el síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime. Parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables. En este mismo orden la existencia o no de hijos hace que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres, a ser personas más maduras y estables, y la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales; y ser más realistas con la ayuda del apoyo familiar.^{3,4,6,7,9,12,17}

Factores sociales: como la necesidad de ser un profesional de prestigio a toda costa, para tener una alta consideración social y familiar y así un alto estatus económico.

Factores ambientales: cambios significativos de la vida como: muerte de familiares, matrimonios, divorcio, nacimiento de hijos.

Considerando que el Síndrome de Burnout es un proceso multicausal y altamente complejo se proponen diversas causas, entre ellas cabe destacar: aburrimiento y stress, crisis en el desarrollo de la carrera profesional y pobres condiciones económicas, sobrecarga de trabajo y falta de estimulación, pobre orientación profesional y aislamiento.

A todo ello colaboran:

- Variables familiares: la armonía y estabilidad familiar conservan el equilibrio necesario para enfrentar situaciones conflictivas.
- Personalidad: por ejemplo las personalidades tipo A: extremadamente competitivas, impacientes, hipereixigentes y perfeccionistas, y por otro aquellas con sentimientos de altruismo e idealismo como: mayor acercamiento al sufrimiento cotidiano y mayor implicación emocional.^{3,4,6,7,9,12,17}

Factores desencadenantes del Síndrome de Burnout según Horacio Cairo:

1. La falta de percepción de capacidad para desarrollar el trabajo.
2. El exceso de trabajo, la falta de energía y de recursos personales para responder a las demandas laborales.
3. El conflicto de rol, y la incompatibilidad entre las tareas y conductas que se desarrollan con las expectativas existentes sobre el mismo rol.

4. La ambigüedad del rol, incertidumbre o falta de información sobre aspectos relacionados con el trabajo (evaluación, funciones, objetivos o metas, procedimientos, etc.)
5. La falta de equidad o justicia organizacional.
6. Las relaciones tensas y/o conflictivas con los usuarios/clientes de la organización.
7. Los impedimentos por parte de la dirección o del superior para que pueda desarrollar su trabajo.
8. La falta de participación en la toma de decisiones.
9. La imposibilidad de poder progresar/ ascender en el trabajo.
10. Las relaciones conflictivas con compañeros o colegas.

Si tratásemos de establecer una clasificación entre las diez variables mencionadas, podemos observar que éstas pueden agruparse en tres ámbitos fundamentales de actuación:

- A) La propia tarea referida a aspectos técnicos del rol profesional; contenidos en los ítems 2, 3, 4 anteriores.
- B) Las relaciones interpersonales reflejando la habilidad para trabajar con otros; contenidos en los ítems 6, 7, 10 anteriores.
- C) La organización referida a grado de influencia social y política; contenidos en los ítems 5, 8, 9, ya mencionados anteriormente.¹²

FACTORES PROTECTORES

Es poca la investigación que se tiene respecto a los factores protectores para no desarrollar el desgaste; respecto a esto, lo único que se ha identificado es: a) el estado civil, el que estén casados es un factor protector, quizás el convivir bien con su pareja y realizar actividades de recreación que le permita disminuir los niveles de estrés que en algún momento pueda llegar a desarrollar. b) el practicar ejercicio es un factor protector. ^{3,9,13,14}

Barquín refiere que dentro del funcionamiento y la administración de un hospital se debe tener un funcionamiento eficiente y oportuno en la prestación del servicio médico, apoyado en un equipo humano capaz y organizado, con aprovisionamiento de equipo y material adecuados, mantenimiento de la estructura física y funcional conveniente, para realizar con calidad los servicios, contemplando los sistemas de recompensa, carga de trabajo y buen ambiente laboral. ^{3,9,13,14}

CUADRO CLÍNICO

Es de un progreso insidioso, su aparición no es súbita, sino que emerge de forma paulatina, larvado incluso con aumento progresivo de la severidad. Es un proceso cíclico, que puede repetirse varias veces a lo largo del tiempo, de modo que una persona puede experimentar los tres componentes varias veces en diferentes épocas de su vida y en el mismo o en otro trabajo.

Los tres componentes mencionados con anterioridad son:

1) *Cansancio o agotamiento emocional*: a consecuencia del fracaso frente al intento de modificar las situaciones estresantes, se caracteriza por la pérdida progresiva de energía, el desgaste, la fatiga, etc.

2) *Despersonalización*: es el núcleo de Burnout, consecuencia del fracaso frente a la fase anterior y la defensa construida por el sujeto para protegerse frente a los sentimientos de impotencia, indefinición, y desesperanza personal.

3) *Abandono de la realización personal*: aparece cuando el trabajo pierde el valor que tenía para el sujeto.^{4,6,9,18}

CLASIFICACIÓN

Se sistematizan cuatro niveles clínicos de Burnout:

Grado I Leve: Se percibe un desequilibrio entre demandas laborales y recursos materiales y humanos de forma que los primeros exceden a los segundos, lo que provoca una situación de estrés agudo, manifestándose por; quejas vagas, cansancio, dificultad para levantarse a la mañana.

Grado II Moderado: El individuo realiza un sobreesfuerzo para adaptar a las demandas, pero solo funciona transitoriamente (hasta aquí el cuadro se vuelve reversible) caracterizado por; cinismo, aislamiento, suspicacia, negativismo.

Grado III Grave: Aparece realmente el síndrome de Burnout con enlentecimiento, automedicación con psicofármacos, ausentismo, aversión, abuso de alcohol o drogas.^{1,12}

A nivel general los síntomas más insidiosos que han sido reportados por la literatura desde la aparición del concepto de Burnout son:

A nivel **somático**: fatiga crónica, cansancio, frecuentes dolores de cabeza, espalda, cuello y musculares, insomnio, alteraciones respiratorias, alteraciones gastrointestinales, hipertensión, etc.

A nivel **conductual**: comportamiento suspicaz y paranoide, inflexibilidad y rigidez, incapacidad para estar relajado, superficialidad en el contacto con los demás, aislamiento, actitud cínica, incapacidad de poder concentrarse en el trabajo, quejas constantes, comportamientos de alto riesgo como conductas agresivas hacia los clientes, ausentismo, consumo de sustancias psicoactivas, tranquilizantes y barbitúricos.

A nivel **emocional**: agotamiento emocional, expresiones de hostilidad, irritabilidad y odio, dificultad para controlar y expresar emociones, aburrimiento, impaciencia e irritabilidad, ansiedad, desorientación, sentimientos depresivos.

A nivel **cognitivo**: cogniciones asociadas a baja autoestima, baja realización personal en el trabajo, impotencia para el desempeño del rol profesional, fracaso profesional.¹⁴

DIAGNÓSTICO

Al igual que para cualquier otra patología, para hacer el diagnóstico del síndrome de Burnout, se debe pensar en algún proceso orgánico, pero no se debe olvidar el aspecto psicológico, pues la afección puede ser a cualquier nivel.

Para hacer la detección, será siempre necesario realizar una historia clínica completa, acompañado de un estudio de salud familiar integral, siendo de utilidad todos los medios clínicos y para clínicos que se conocen, desde la exploración física general y especializada, hasta los medios de laboratorio y de gabinete necesarios.

El Burnout es un síndrome que resulta básicamente de la interacción del trabajador con el

ambiente laboral o también producto de las relaciones interpersonales entre el trabajador y las personas para las que trabaja. Así, el desarrollo de este síndrome dependerá, básicamente de tres tipos de variables: Variables individuales, variables sociales y variables organizacionales.^{19,20,21}

Fue a partir de la publicación en el año 1981 del *Maslach Burnout Inventory* por Maslach y Jackson cuando se establecen unos criterios de evaluación de dicho síndrome y se extiende el uso de un instrumento de medida estandarizado para la evaluación del mismo.^{19,20,21}

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Existen otros cuadros patológicos muy parecidos al síndrome de Burnout, por lo cual, este diagnóstico se debe hacer por exclusión de los mismos. Las entidades con las que se debe hacer exclusión principalmente son: alteraciones metabólicas como diabetes mellitus, hipo o hiperglucemia, con miopatías como miastenia gravis, causas infecciosas por virus, bacterias, hongos parásitos, en cualquier órgano o sistema a nivel psicológico con cuadros de depresión, angustia, ansiedad, solo por mencionar algunos, pero la gama de padecimientos es innumerable.

COMPLICACIONES

Como todo padecimiento, si el síndrome de Burnout no es detectado y tratado a tiempo, evolucionara con una serie de complicaciones, las cuales podrían incluso llegar a ser fatales.

Las complicaciones a las que tiende a evolucionar son principalmente, agotamiento emocional severo, el cual puede evolucionar a la despersonalización y posteriormente puede presentarse la disminución en la ejecución personal severa y por ultimo puede haber una afección en las tres áreas del síndrome de Burnout.

También puede haber complicaciones relacionadas con alteraciones de la personalidad, así mismo, abuso de sustancias como el tabaco, alcohol, de medicamentos, como los tranquilizantes o barbitúricos, otras toxicomanías (causando dependencias a las mismas), también depresión severa, tendencia al suicidio y culminación del mismo. La angustia y ansiedad severas son frecuentes.

En relación con el ambiente familiar, puede haber discordia conyugal, violencia intrafamiliar, poca convivencia con la familia.

En el nivel social-, problemas con otras personas, problemas en la relación, en el nivel laboral, deficientes relación médico-paciente, ausentismo en el trabajo, etc., lo cual traerá todavía, mas repercusiones sobre el profesionista de la salud en la atención que otorga.^{3,4,14,22}

MEDIDAS PREVENTIVAS Y TERAPÉUTICAS

Debido a que se ha observado un aumento en la incidencia de este síndrome en personas que se dedican a la intervención social (profesionales de la salud, docentes médicos y no médicos, trabajadores sociales, etc.), y al creciente riesgo que existe por el contexto

cultural social y económico en el que se desenvuelven, se han planificado mecanismos de prevención, según House los tipos de apoyo son:

- 1) **Apoyo emocional:** relacionado con el afecto, confianza y preocupación que un individuo experimenta proveniente de otro.
- 2) **Apoyo instrumental:** que son los recursos materiales económicos o de servicio con los que cuenta el profesional.
- 3) **Apoyo informativo:** que la permite a un sujeto conocer una situación y poseer unos instrumentos para afrontarlo.
- 4) **Apoyo evaluativo:** que es un feed-back de las acciones que el profesional va emprendiendo y le permite procesar su efectividad.¹²

Por otro lado el Dr. Horacio Cairo propone 10 puntos claves en la prevención del Burnout también mencionados por Hamson WDA en su obra *Stress and Burnout in the Human Services Professions*.¹²

1. Proceso personal de adaptación de expectativa a la realidad cotidiana.
2. Formación en las emociones.
3. Equilibrio de áreas vitales: familia, amigos, aficiones, descansos y trabajo.
4. Fomento de buena atmósfera de equipo: espacios comunes, objetivos comunes.
5. Limitar a un máximo la agenda asistencial.
6. Tiempo adecuado por pacientes: 10 minutos de media como mínimo.

7. Minimizar la burocracia con mejora en la disponibilidad de recursos materiales de capacitación y mejorando la remuneración.
8. Formación continuada reglada dentro de la jornada aboral.
9. Coordinación con los colegas que ejercen la misma especialidad, espacios comunes, objetos compartidos.
10. Diálogo efectivo con las gerencias.¹²

El síndrome de Burnout afecta muchas áreas de la vida, por lo que es importante que las intervenciones consideren tres niveles:

- **A nivel individual:** considerar los procesos cognitivos de auto evaluación de los empleados, y el desarrollo de estrategias cognitivo- conductuales que les permitan eliminar o mitigar la fuente de estrés, evitar la experiencia de estrés, o neutralizar las secuencias negativas de esa experiencia para adaptarse a las circunstancias.
- **A nivel grupal:** potenciar la formación de las habilidades sociales y de apoyo social de los equipos de trabajo.
- **A nivel organizacional:** eliminar o disminuir los estresores del entorno organizacional que dan lugar al desarrollo del síndrome.⁴

Las Técnicas Fisiológicas: están orientadas a reducir la activación fisiológica y el malestar emocional y físico provocado por las fuentes de estrés laboral. Dentro de éstas se encuentran la relajación física, el control de la respiración y el biofeedback, entre otras.

Las Técnicas Conductuales: buscan que el sujeto domine un conjunto de habilidades y comportamientos para el afrontamiento de problemas laborales. Entre ellas se encuentran el entrenamiento asertivo, el entrenamiento en habilidades sociales, las técnicas de solución de problemas y las de autocontrol. Las Técnicas Cognitivas: tienen como objetivo mejorar la percepción, la interpretación y la evaluación de los problemas laborales y de los recursos personales que realiza el individuo. Entre ellas encontramos la reestructuración cognitiva, el control de pensamientos irracionales y la Terapia Racional Emotiva.

Estrategias de Intervención grupal tienen como objetivo romper el aislamiento, mejorando los procesos de socialización. Para ello es importante promover políticas de trabajo cooperativo, integración de equipos multidisciplinarios y reuniones de grupo. Se ha constatado que el apoyo social amortigua los efectos perniciosos de las fuentes de estrés laboral, e incrementa la capacidad del individuo para afrontarlas.

Estrategias de Intervención organizacional se centran en tratar de reducir las situaciones generadoras de estrés laboral. Modificando el ambiente físico, la estructura organizacional, las funciones de los puestos, las políticas de administración de recursos humanos, etc., con el propósito de crear estructuras más horizontales, descentralización en la toma de decisiones, brindar mayor independencia y autonomía, promociones internas justas que busquen el desarrollo de carrera de los empleados, flexibilidad horaria, sueldos competitivos, etc.^{4,7,12}

Estrategias de Intervención Individual buscan fomentar la adquisición de algunas técnicas que aumenten la capacidad de adaptación del individuo a las fuentes de estrés laboral.

Se clasifican en:

- Técnicas fisiológicas
- Técnicas conductuales
- Técnicas cognitivas.

LA FAMILIA

Es importante tomar en cuenta, como se ha mencionado en párrafos anteriores que dentro de los factores protectores y de riesgo para la aparición del Burnout, la familia juega un importante papel.

La OMS describe como parte de la familia a los miembros del hogar emparentados entre sí hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio, en tanto que el diccionario de la Lengua Española dice que "la familia es el grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas."²³

Definida por el Consenso Académico en Medicina Familiar como un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales o de afinidad.²³

El Consenso Canadiense define a la familia como esposo y esposa con o sin hijos, o padre y madre solo con uno o más hijos que viven bajo el mismo techo²³

La familia según la definición de Javier Santacruz Várela, es un grupo social primario formado por individuos unidos por lazos sanguíneos, de afinidad o de matrimonio, que interactúan y conviven en forma más o menos permanente y que en general comparten factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden afectar su salud individual y familiar.²⁴

Este sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas. Y un elemento fundamental en el análisis de la estructura familiar reside en el lazo conyugal.

LA PAREJA CONYUGAL

La pareja como origen de la familia, ha de estar compuesta por dos personas completas, viviendo un proceso de madurez y preparación para la misión que va emprender.

La funcionalidad de la relación de pareja es de trascendental importancia para todo el grupo familiar, se sabe que gran parte de los problemas familiares pueden ser ubicados como disfunciones del sistema conyugal. La relación de pareja no se forma con el matrimonio, se forma desde la etapa de noviazgo, la cual es crucial y determinante, ya que en ella se definen y afianzan factores significativos para la pareja.²⁵

Luis Leñero señala cuando menos tres factores que influyen en el proceso de la elección de la pareja:

1. Residencia en una determinada comunidad
2. Pertenencia a una determinada clase social
3. Involucración en un determinado círculo social.

Otros requisitos de la pareja para poder constituirse son:

- a) Haber alcanzado un grado de madurez física, psicológico y social.
- b) Reconocer creencias afines.
- c) Disponer de antecedentes educativos y culturales semejantes.
- d) Contemplar expectativas económicas semejantes.

e) Disponer de una actitud semejante con respecto a la vida sexual.²⁵

Los acuerdos e intereses que la pareja deben conciliar para poder incorporar como una familia en su ámbito social son señalados por Duval y son considerados como bases universales para establecer un núcleo familiar:

1. Una casa
2. Un sistema de captación y distribución de dinero.
3. Un sistema de patrones de responsabilidad.
4. Mutua satisfacción en las relaciones sexuales.
5. Un sistema adecuado de comunicación.
6. Interacción con amigos, asociaciones, clubes, etc.
7. Relaciones de trabajo de ambos.
8. Un concepto filosófico de la vida como pareja.
9. Continuación de la educación de ambos.

El subsistema conyugal funciona como modelo para los demás subsistemas de la familia y todo lo que los cónyuges viven cotidianamente es aprendido y enseñado al resto de la familia, por lo que este funcionamiento conyugal es en realidad estructurante, tanto para la personalidad de los adultos como de los hijos, confirmando que la interacción cotidiana es lo verdaderamente valioso en la familia.²⁵

Funciones conyugales

Lo más sano no es una pareja sin conflictos, sino una pareja que sabe cómo manejar sus

conflictos como quiera que éstos se presenten y en el momento que se les presenten.

Las principales funciones del subsistema conyugal a considerar para su evaluación son: comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones.

1. Función de comunicación: que sea clara, sin ninguna distorsión y que no estén matizados por un mensaje enmascarado. Que sea directa y congruente.
2. Función de adjudicación y asunción de roles: congruencia con las capacidades y aspiraciones del cónyuge, satisfacción que implica ejecutar la realización de un sentimiento de utilidad y bienestar así como ser aceptado. Flexibilidad al intercambio de funciones hacia el grupo familiar.
3. Función de satisfacción sexual. Donde se evalúa dos rubros como es la frecuencia de la actividad sexual y satisfacción.
4. Función de afecto: que debe ser evaluada a través de las manifestaciones o expresiones de afecto, manifestaciones físicas, calidad de convivencia y reciprocidad donde cada uno de los cónyuges está dispuesto a dar al menos lo que recibe, sea en el terreno del afecto, la recreación, individualidad y actividades extrahogar.
5. Función de toma de decisiones: este produce en cada uno de los cónyuges la sensación de participación en las decisiones trascendentales, los estilos más frecuentes son; toma de decisiones conjunta y toma de decisiones individual.

Por lo anterior, se propone un modelo de instrumento de evaluación del sistema conyugal que aborda las principales funciones que dicho subsistema debe cubrir agregando a cada función un criterio cuantitativo de evaluación a través de algunos indicadores.²⁵

EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

Este instrumento ha sido propuesto por Víctor Chávez Aguilar quien propone criterios para la evaluación de las disfunciones en el subsistema conyugal el cual ha tenido validación práctica desde hace 22 años y es utilizado por los residentes de Medicina Familiar de algunas sedes en el Instituto Mexicano del Seguro Social. El modelo se presenta con base a los resultados observados en su aplicación, su variante consiste en explorar la toma de decisiones como una de las funciones importantes de la pareja.²⁵

Funciones	Parámetros	Calificación Asignada	%
I. Comunicación	a) Clara	10	30
	b) Directa	10	
	c) Congruente	10	
II. Adjudicación y asunción de roles	a) Congruencia	5	15
	b) Satisfacción	5	
	c) Flexibilidad	5	
III. Satisfacción sexual	a) Frecuencia	10	20
	b) Satisfacción	10	
IV. Afecto	a) Manifestaciones físicas	5	20
	b) Calidad de convivencia	5	
	c) Interés por el desarrollo de la pareja	5	
	d) Reciprocidad	5	
V. Toma de decisiones	a) Conjunta	15	15
	b) Individual	0	

NIVELES DE ATENCIÓN EN SALUD

Conjunto de establecimientos de salud con niveles de complejidad necesaria para resolver con eficacia y eficiencia necesidades de salud de diferente magnitud y severidad. Constituye una de las formas de la OMS, en la cual se relacionan con la magnitud y severidad de las necesidades de salud de la población.²⁶

Primer nivel

- Se atiende más o menos el 70-80% de la población.
- La severidad de los problemas de salud plantean una atención de baja complejidad con una oferta de gran tamaño y menor especialización y tecnificación de los recursos.
- Se desarrollan actividades de promoción y protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las necesidades de salud más frecuentes.²⁶

Funciones

- Creación y protección de entornos saludables
- Fomento de estilos de vida saludables
- Prevención de riesgos y daños
- Recuperación de la salud
- Análisis de la situación local.

Segundo nivel

Este nivel se enfoca en la promoción, prevención y diagnóstico a la salud los cuales brindaran acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y de hospitalización a pacientes derivados del primer nivel o de los que se presentan de modo espontáneo con urgencias.

Tipo de atención

- I. Atención integral ambulatoria y hospitalaria, en cuatro especialidades que pueden ser: medicina interna, ginecología, cirugía general, pediatría, anestesiología con acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos y daños, recuperación y rehabilitación de problemas de salud
- II. Atención integral ambulatoria y hospitalaria con énfasis en la recuperación y rehabilitación de problemas de salud. (Mayor número de especialidades)

Funciones

Las mismas que el anterior, pero, se realiza más énfasis en la recuperación.

Tercer nivel de atención

Este nivel se ubica a nivel del ámbito nacional y constituye el centro de referencia de mayor complejidad nacional y regional. Aquí laboran especialistas para la atención de problemas patológicos complejos, que necesiten equipos e instalaciones especializadas

En este nivel su categoría de los cuidados tienen el propósito de ayudar a los usuarios a conseguir un grado de funcionamiento tan elevado como sea posible.

Funciones

Son hospitales de mayor complejidad

Realizan más énfasis en investigación y docencia.²⁶

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El síndrome de Burnout es un problema de salud pública que va en aumento y que no sólo repercute en la salud de los profesionales de la sanidad sino también en la calidad asistencial, deteriorando la relación prestador de los servicios de salud -paciente y suponiendo un alto coste, tanto social como económico.

Algunos autores han detectado que el síndrome de Burnout es una entidad que se presenta con mucha frecuencia, que tiene características propias que la han hecho diferente de otras entidades psicopatológicas, por lo que se han llevado a cabo estudios para su detección en las tres instituciones del sector de salud involucrando personal médico y de enfermería, y en donde se obtuvo como resultado, que en un alto porcentaje de los profesionistas de la salud participantes, casi todos han cursado con algún grado de afección en alguna subescala o componente que conforman el síndrome de Burnout.

La deficiente calidad de la atención a la salud, al igual que la ineficiencia en la producción de servicios, están consideradas como los más grandes y complejos retos que enfrentan, desde hace más de una década, las organizaciones prestadoras de servicios públicos de salud en México. Desde entonces, ante las irrefutables evidencias de deficiencias en la calidad de la atención dentro del sistema de salud público, se han planteado diversas estrategias con el fin de garantizar la calidad de los servicios (Ruelas y Querol, 1994).^{26,27}

Es por ello que el síndrome de Burnout constituye uno de los daños laborales de carácter psicosocial más importantes en la sociedad actual, dado por el elevado ritmo de vida, la

gran competitividad e inseguridad laboral, condicionando un ritmo vertiginoso, que genera angustia y agotamiento emocional.

La relación de pareja es sin duda una de las relaciones interpersonales que más atención ha recibido en la investigación de las ciencias sociales. La pareja es uno de los aspectos centrales de la vida del ser humano. Su desarrollo permitirá tener un manejo adecuado de sus emociones, ya que estas intervienen directamente en la forma en que los individuos resuelven los problemas. Dicha resolución de problemas facilita la forma de generar planes a futuro.

Así mismo el conflicto interpersonal, entendido como la incompatibilidad de intereses, metas, planes y conductas, provoca que las parejas estén en desacuerdo y afecten directamente a la satisfacción de la relación. Se ha observado que a medida que las personas manejan de mejor manera sus conflictos, esto se refleja en la calidad de sus relaciones personales y no permiten que se afecten sus actividades laborales.

Se hizo una revisión exhaustiva en la literatura vía internet en los principales buscadores (Pubmed, Cochrane), de los últimos 10 años, buscando estudios de asociación entre el síndrome de Burnout y la funcionalidad de pareja, no encontrando ningún trabajo que se hayan hecho buscando esta relación.

Por lo que surge la inquietud de conocer si:

¿Existe correlación entre el síndrome de Burnout y la disfuncionalidad de pareja en trabajadores de dos clínicas del ISSSTE de primer y segundo nivel de atención médica?

JUSTIFICACIÓN

El Síndrome de Burnout se ha definido como una “respuesta al estrés laboral crónico, integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (actitudes de despersonalización), al propio rol profesional (falta de realización profesional en el trabajo) y también por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado”.

La funcionalidad conyugal está dada por la calidad de las interacciones en la pareja que debería dibujar una relación interdependiente de apoyo que constituye la promoción de la misma pareja a través de la individualidad para poder promocionarse a ambos niveles (individual y de pareja). Contrariamente, un subsistema insano o disfuncional presentará una limitación difusa que permite una mala calidad de sus relaciones personales en un nivel práctico y este afecte a su vez sus actividades laborales.

De allí la importancia de identificar la prevalencia de SB asociada con disfunción conyugal en la CMF Dr. Ignacio Chávez y en la Clínica de especialidades Churubusco, lo que permitirá conocer la magnitud del problema involucrando a todo el equipo interdisciplinario de salud, con la finalidad de establecer medidas de prevención y tratamiento según el caso (ajustes organizacionales, apoyo entre compañeros de trabajo, tratamiento individual)

La investigación es factible puesto que económicamente será autofinanciada y administrativamente se cuenta con la instalación y equipo de trabajo. Se emplearán instrumentos validados y se cuenta con experiencia para la aplicación de los mismos.

Es trascendente por qué se espera generar conocimiento nuevo, los resultados que se obtengan servirán de base para realizar medidas preventivas e intervencionistas así como una base de futuros trabajos de investigación.

Con respecto a su magnitud, se plantea que es un problema que afecta a un número importante de personas.

OBJETIVOS:

- General

Determinar la asociación entre el síndrome de Burnout y la disfuncionalidad de pareja en el personal de salud de dos clínicas del ISSSTE de primero y segundo nivel de atención médica.

- **Específicos**

- ✓ Conocer la prevalencia del síndrome de Burnout por clínica y determinar si existen diferencias en ambas clínicas.
- ✓ Conocer la prevalencia de disfuncionalidad de pareja por clínica y determinar si existen diferencias en ambas clínicas.
- ✓ Determinar la asociación entre funcionalidad de pareja y dimensiones de Burnout en cada una de las clínicas.
- ✓ Identificar factores socio demográficos; sexo, edad, escolaridad, profesión, estado civil, religión, número de hijos, enfermedades crónicas, actividades recreativas, asociados al desarrollo de síndrome de Burnout y a la disfuncionalidad de pareja.
- ✓ Identificar factores laborales; turno de trabajo, años de laborar en la institución, desempeño de su trabajo acorde a su profesión, insumos materiales y físicos, licencias medicas, asociados al desarrollo de síndrome de Burnout y de disfuncionalidad de pareja.

MATERIAL Y METODOLOGÍA:

Tipo de estudio: Observacional, descriptivo, transversal, comparativo

Población, lugar y tiempo: Investigación realizada entre los meses de agosto y octubre de 2012, en el personal de la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez y de la Clínica de Especialidades Churubusco del ISSSTE

Tipo y tamaño de la muestra:

No se realiza cálculo de tamaño de muestra por qué se incluye a todo el personal de las clínicas.

Unidades de Observación: Personal administrativo, médicos, enfermeras, de laboratorio, rayos x, adscritos a las dos clínicas de estudio ya sean de base, de confianza o interinos.

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Que sea trabajador y pertenezca a la Unidad Médica CMF. Dr. Ignacio Chávez o Clínica de Especialidades Churubusco del ISSSTE.
- Que acepte participar voluntariamente, mediante la firma de un consentimiento informado
- Ambos sexos
- Que tengan pareja estable (6 meses de relación)

Criterios de exclusión:

Que presente alguna discapacidad física o mental que le impida participar en el estudio.

Criterios de eliminación:

- Personal que conteste cuestionario incompleto o en blanco.
- Personal que haya llenado sus cuestionarios de forma incorrecta.
- Todos aquellos cuestionarios que se entreguen en forma extemporánea.

VARIABLES DE ESTUDIO

Variable	Definición	Tipo	Nivel de medición	Categorías
Sexo	Característica biológicas del género humano	Variable independiente	Nominal	1.- masculino 2.- femenino
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo	Variable independiente	Escalar	Numérica
S. Burnout: cansancio emocional	Agotamiento emocional Despersonalización Ejecución personal	Variable dependiente	Ordinal	Bajo Moderado Severo
Disfunción de pareja: función comunicación	Comunicación Adjudicación y asunción de roles Satisfacción sexual Afecto Toma de decisiones	Variable dependiente	Ordinal	Severamente disfuncional Moderadamente disfuncional Funcional
Escolaridad	Periodo de tiempo que dura el estudiar y recibir la enseñanza adecuada	Variable independiente	Ordinal	Primaria Secundaria Preparatoria Carrera técnica Licenciatura Especialidad
Profesión	Acción o función que se desempeña para ganar el sustento que generalmente requiere conocimientos especializados	Variable independiente	Nominal	Enfermera Médico Administrativo Laboratorista Radiólogo
Estado civil	Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto	Variable independiente	Nominal	Casado Soltero Unión libre Viudo Divorciado
Religión	Actividad humana consistente en creencias y prácticas acerca de lo considerado	Variable independiente	Nominal	Católica Cristiana Testigo de Jehová

	como divino o sagrado, de tipo existencial, moral y espiritual			Otra
Número de Hijos	Persona considerada en relación con sus padres	Variable independiente	Nominal	Ninguno 1 a 2 3 ó mas
Enfermedades crónicas	enfermedades de larga duración, cuyo fin o curación no puede preverse claramente o no ocurrirá nunca	Variable independiente	Nominal	1. Presencia 2. Ausencia
Años de profesión	Tiempo en años de ejercer acción o función que desempeña	Variable independiente	Escalar	Numérica
Horas de trabajo	Tiempo en horas de ejercer una acción o función que desempeña	Variable independiente	Escalar	Numérica
Turno de trabajo	Orden según el cual se alternan varias personas o grupos en la realización de una actividad o un servicio	Variable independiente	Nominal	Matutino Vespertino Nocturno
Años de laborar en esta institución	Tiempo transcurrido en realización de una función o acción en determinado lugar	Variable independiente	Escalar	Numérica
Actividades recreativas	Define a la acción y efecto de recrear	Variable independiente	Nominal	Si No
Desempeña su trabajo acorde a su profesión	actividades desarrolladas en su medio de trabajo	Variable independiente	Nominal	Si No
Insumos materiales y físicos	Son los medios físicos y concretos que ayudan a conseguir algún objetivo	Variable independiente	Nominal	Si No
Licencias médicas	el derecho que tiene el trabajador de ausentarse o reducir su jornada de trabajo, durante un determinado lapso de tiempo	Variable independiente	Nominal	Si No

DISEÑO DE ESTUDIO

En las clínicas; CMF. Dr. Ignacio Chávez de 1er nivel de atención y de Especialidades de Churubusco de 2º nivel de atención, ambas del ISSSTE se invitó a participar a los trabajadores mediante un consentimiento informado, (Anexo # 1), se aplicó ficha de identificación personal, (Anexo # 2) así como los instrumentos elegidos para la investigación:

Los estudios de Maslach y Jackson se dividen en dos etapas. En la primera definieron el Burnout aplicándolo a profesionales que trabajaban en el área de servicios humanos y utilizaron un sistema de medida, el conocido Maslach Burnout Inventory –MBI- (1981, 1986). Este instrumento, traducido al castellano, ha sido validado por Gil Monte, P. (2002). El MBI es un cuestionario autoadministrado y consta de 22 ítems que recogen respuestas del sujeto con relación a su trabajo sobre sus sentimientos, emociones, pensamientos y conductas. (Anexo # 3)

Las tres dimensiones se califican mediante una escala tipo Likert que va de 0 a 6 puntos para cada ítem y cuya puntuación por dominio se interpreta de la siguiente manera: Agotamiento emocional, nueve ítems: bajo con menor de 0 a 18 puntos, moderado 19 a 26 y alto mayor a 27. Despersonalización, cinco ítems: bajo con menor de 5 puntos, medio 6 a 9 y alto mayor a 10, Realización personal, ocho ítems: bajo con mayor de 40, medio 34 a 39 y alto menor a 33. La escala de valoración es la siguiente: 0: nunca 1: pocas veces al año o menos 2: una vez al mes o menos 3: una pocas veces al mes o menos 4: una vez a la semana 5: pocas veces a la semana 6: todos los días.

El instrumento ha sido utilizado en profesionales en México. La versión utilizada fue validada por Grajales, 2000. Los resultados obtenidos indican coeficientes de confiabilidad de *alpha de cronbach* de 0.80 para la subescala de cansancio emocional (CE en lo suce-

sivo), de 0.62 para la subescala de despersonalización (DP en lo sucesivo) y de 0.72 para la subescala de realización personal (RP en lo sucesivo).

Y el segundo instrumento, es el postulado por Víctor Chávez Aguilar, (Anexo # 4) quien propone criterios para la evaluación de las disfunciones en el subsistema conyugal, el cual ha tenido validación práctica desde hace 22 años y es utilizado por los residentes de Medicina Familiar de algunas sedes en el Instituto Mexicano del Seguro Social. El presente modelo se presenta con base a los resultados observados en su aplicación, su variante consiste en explorar la toma de decisiones como una de las funciones importantes de la pareja:

La calificación de cada función permite detectar cuantitativamente el área o áreas que ameritan atención y ajuste y se propone que en general las disfunciones se califiquen sumando el puntaje total observado como sigue:

0-40 Pareja severamente disfuncional

41-70 Pareja moderadamente disfuncional

71-100 Pareja funcional

Convirtiendo la evaluación final a una escala de tipo ordinal

Se obtuvo autorización de ambas clínicas para la realización de la presente investigación, además de llevar el registro correspondiente del protocolo de investigación.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó estadística descriptiva a través de las pruebas de resumen; media o promedio aritmético, mediana, desviación estándar y varianza en aquellas variables cuantitativas y con distribución normal. Para las variables cualitativas se utilizó tablas y gráficas de frecuencia.

Para contrastar las hipótesis planteadas se utilizó estadística diferencial a través de las pruebas de χ^2 , U de Mann Whitney, Kruskal Wallis y Rho de Spearman, con nivel de significancia de 0.05

Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 15

ORGANIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

CRONOGRAMA

Actividad	Fecha
Elección del tema	Diciembre del 2010
Recolección de la información	Enero, Febrero, marzo, abril, mayo, junio, julio, y agosto del 2011
Elaboración del protocolo	Septiembre, octubre, noviembre, diciembre del 2011 Enero, febrero, marzo, abril, mayo, junio, julio, agosto del 2012
Presentación para registro	Julio del 2012
Trabajo de campo	Agosto, septiembre, octubre 2012

RECURSOS:

Recursos humanos

Dra. Violeta Corona Rodríguez. Médico residente de 2º grado de adiestramiento y capacitación de la especialidad de Medicina familiar de la C.M.F. Ignacio Chávez del ISSSTE

Dra. Catalina Monroy Caballero. Asesor de tesis

M.C. Alberto González Pedraza Avilés. Asesor Metodológico

Recursos físicos:

Clínica Médico Familiar. Dr. Ignacio Chávez ISSSTE

Clínica de Especialidades de Churubusco del ISSSTE

Recursos materiales

Material bibliográfico (revistas y libros con información médica, información por vía internet)

Material de papelería (lápices, bolígrafos, gomas, sacapuntas, hojas de papel)

Material de oficina (escritorio, sillas, calculadoras, equipo de cómputo)

Copias de los formatos que contienen los instrumentos de trabajo

Los gastos de la investigación serán cubiertos por el investigador principal de éste trabajo.

ASPECTOS Y CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio, que consiste en la aplicación de cuestionarios de evaluación, uno de ellos conocido y validado mundialmente, no conlleva riesgo alguno de la integridad física y mental, de la vida privada o familiar de las personas que participarán.

3.3.1 Declaración de Helsinki: Así mismo, la investigación se apega íntegramente a las recomendaciones para guiar a los médicos en investigación biomédica, donde participan seres humanos, contenidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial de 1964 y sus posteriores modificaciones incluida Seúl Corea en 2004.

3.3.2. De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, vigente en nuestro país, el presente trabajo se apega según el Título segundo, capítulo 1, art.17, a la categoría 1, sobre “investigación sin riesgo” debido a que los individuos que participan en el estudio únicamente aportan datos a través de los cuestionarios, lo cual no provocan daños físicos, ni mentales.

3.3.3. Consentimiento informado: Adicionalmente se solicitó la participación voluntaria a través de un consentimiento informado de acuerdo a lo planteado en el Reglamento de Investigación ya mencionado, en particular los artículos 20 a 26. Se explicaron los objetivos de la investigación, además de asegurar la confidencialidad y anonimato de los datos obtenidos.

RESULTADOS

El número total de la población de estudio fue 204 trabajadores de la salud. De estos; 115 pertenecieron a la Clínica de Especialidades de Churubusco y 89 a la CMF. Dr. Ignacio Chávez. El promedio de edad para la primera clínica fue de 43.19 +/- 11.3 años y para la segunda fue de 44.65 +/- 12.8 años, sin diferencias significativas ($p=0.400$). Con relación al sexo, el 53.9% de los trabajadores de la clínica de Especialidades de Churubusco eran del sexo femenino contra 73% del mismo sexo de la CMF. Dr. Ignacio Chávez, resultados con diferencias significativas ($p=0.005$). Los resultados de las características sociodemográficas de la población en estudio se presentan en la tabla 1.

Con relación en las comorbilidades, en la Clínica de Especialidades de Churubusco se presentó una mayor prevalencia en todos los casos, sin embargo en ninguna se obtuvieron diferencias significativas entre ambas clínicas. Estos resultados se presentan en la tabla 2.

Para las características laborales, el 39.1% de los trabajadores de la Clínica de Especialidades de Churubusco tenían hasta 14 años laborando en contraste con el 52.8% del mismo tiempo laboral de los trabajadores de la CMF. Dr. Ignacio Chávez. Con respecto si realiza otro trabajo, el 41.7% de los trabajadores de la Clínica de Especialidades de Churubusco refirieron que si, en contraste con el 31.5% referido por los trabajadores de la CMF. Dr. Ignacio Chávez. Para ninguna de las dos variables se presentaron diferencias estadísticas significativas. Ver tabla 3.

Con respecto a la funcionalidad conyugal, el 83.5% de la Clínica de Especialidades de Churubusco calificaron como funcionales, contra el 62.9% de la CMF. Dr. Ignacio Chávez. Diferencias con significancia estadísticas ($p=0.01$). Resultados en tabla 4.

En las prevalencias obtenidas en el diagnóstico de Burnout por dimensiones se obtuvo un 13.9% de agotamiento emocional severo para la Clínica de Especialidades de Churubusco contra el 15.7% de la CMF. Dr. Ignacio Chávez. Para Despersonalización severa se obtuvo un 20.9% para la Clínica de Especialidades de Churubusco a diferencia de un 21.3% de la CMF. Dr. Ignacio Chávez, y para Ejecución personal se obtuvo un 27.8% de severidad para Clínica de Especialidades de Churubusco contra 30.3% de la CMF. Dr. Ignacio Chávez, para ninguna de las dimensiones se obtuvo diferencias estadísticas significativas. Ver tabla 5.

Al asociar funcionalidad conyugal y el síndrome de Burnout en sus 3 dimensiones para el total de la población de estudio, no se obtuvo significancia estadística en ninguno de los casos. Resultados en la tabla 6.

Al realizar el mismo análisis del anterior pero comparando las unidades médicas sólo se obtuvo asociación con significancia estadística entre la funcionalidad conyugal y el agotamiento emocional en los trabajadores de la CMF. Dr. Ignacio Chávez ($p=0.027$). Sin embargo el coeficiente de correlación fue de 0.235 lo que representa una asociación baja entre las variables. Resultado en tabla 7.

Relacionando los resultados de funcionalidad conyugal con las variables de estudio para cada una de las clínicas, se obtuvieron resultados con significancia estadística para el sexo y el estado civil en la CMF. Dr. Ignacio Chávez y con el estado civil, el número de hijos, la presencia de hipertensión arterial y depresión en la Clínica de Especialidades de Churubusco. Resultados en la tabla 8.

Relacionando las dimensiones de Burnout con las variables de estudio para cada una de las clínicas, se obtuvo significancia estadística entre: agotamiento emocional con desempeño de su profesión e insumos materiales en la CMF. Dr. Ignacio Chávez, la misma dimensión y grupo de edad para Clínica de Especialidades de Churubusco. Ejecución personal con años de laborar, desempeño de profesión y licencias médicas en la CMF. Dr. Ignacio Chávez y la misma dimensión con desempeña su profesión en Clínica de Especialidades de Churubusco y para despersonalización e insumos materiales en la CMF. Dr. Ignacio Chávez. Resultados en tabla 9.

TABLAS

TABLA 1. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LA POBLACION EN ESTUDIO

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Valor de probabilidad	
SEXO						
Clínica de Especialidades Churubusco	Masculino	53	46.1	46.1	0.005	
	Femenino	62	53.9	100.0		
	Total	115	100.0			
CMF Dr. Ignacio Chávez	Masculino	24	27.0	27.0		
	Femenino	65	73.0	100.0		
	Total	89	100.0			
EDAD POR GRUPOS						
Clínica de Especialidades Churubusco	18 a 36 años	30	26.1	26.1	0.036	
	37 a 55 años	68	59.1	85.2		
	56 o mas	17	14.8	100.0		
	Total	115	100.0			
CMF Dr. Ignacio Chávez	18 a 36 años	27	30.3	30.3		
	37 a 55 años	38	42.7	73.0		
	56 o mas	24	27.0	100.0		
	Total	89	100.0			
ESCOLARIDAD DEL ENTREVISTADO						
Clínica de Especialidades Churubusco	Secundaria	8	7.0	7.0	0.746	
	Preparatoria	48	41.7	48.7		
	Licenciatura	25	21.7	70.4		
	Posgrado	34	29.6	100.0		
	Total	115	100.0			
CMF Dr. Ignacio Chávez	Secundaria	2	2.2	2.2		
	Preparatoria	40	44.9	47.2		
	Licenciatura	22	24.7	71.9		
	Posgrado	25	28.1	100.0		
	Total	89	100.0			
OCUPACIÓN						
Clínica de Especialidades Churubusco	Administrativo	34	29.6	29.6	0.019	
	Medico	37	32.2	61.7		
	Enfermería	20	17.4	79.1		
	laboratorio y RX	19	16.5	95.7		
	Trabajo social	2	1.7	97.4		
	Otros	3	2.6	100.0		
	Total	115	100.0			
	CMF Dr. Ignacio Chávez	Administrativo	28	31.5		31.5
Medico		28	31.5	62.9		
Enfermería		20	22.5	85.4		
Laboratorio y RX		4	4.5	89.9		
Otros		9	10.1	100.0		
Total		89	100.0			
ESTADO CIVIL						
Clínica de Especialidades Churubusco	Casado	59	51.3	51.3		0.511
	Soltero	26	22.6	73.9		
	Unión libre	16	13.9	87.8		
	Viudo	4	3.5	91.3		
	Divorciado	10	8.7	100.0		
	Total	115	100.0			
CMF Dr. Ignacio Chávez	Casado	45	50.6	50.6		
	Soltero	16	18.0	68.5		
	Unión libre	19	21.3	89.9		
	Viudo	1	1.1	91.0		
	Divorciado	8	9.0	100.0		
	Total	89	100.0			

TABLA 2.- COMORBILIDADES EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO POR UNIDAD MÉDICA

COMORBILIDADES		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Valor de probabilidad
DIABETES MELLITUS					
Clínica de Especialidades Churubusco	Si	11	9.6	9.6	0.169
	No	104	90.4	100.0	
	Total	115	100.0		
CMF Dr. Ignacio Chávez	Si	4	4.5	4.5	
	No	85	95.5	100.0	
	Total	89	100.0		
HIPERTENSION ARTERIAL					
Clínica de Especialidades Churubusco	Si	22	19.1	19.1	0.395
	No	93	80.9	100.0	
	Total	115	100.0		
CMF Dr. Ignacio Chávez	Si	13	14.6	14.6	
	No	76	85.4	100.0	
	Total	89	100.0		
CANCER					
Clínica de Especialidades Churubusco	Si	2	1.7	1.7	0.717
	No	113	98.3	100.0	
	Total	115	100.0		
CMF Dr. Ignacio Chávez	Si	1	1.1	1.1	
	No	88	98.9	100.0	
	Total	89	100.0		
DEPRESIÓN					
Clínica de Especialidades Churubusco	Si	3	2.6	2.6	0.448
	No	112	97.4	100.0	
	Total	115	100.0		
CMF Dr. Ignacio Chávez	Si	1	1.1	1.1	
	No	88	98.9	100.0	
	Total	89	100.0		

TABLA 3 CARACTERÍSTICAS LABORALES DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO POR UNIDAD MÉDICA

CARACTERÍSTICAS LABORALES		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
TURNO DE TRABAJO				
Clínica de Especialidades Churubusco	Matutino	61	53.0	53.0
	Vespertino	25	21.7	74.8
	Nocturno	2	1.7	76.5
	matutino-vespertino	20	17.4	93.9
	matutino-nocturno	4	3.5	97.4
	vespertino-nocturno	3	2.6	100.0
	Total	115	100.0	
CMF Dr. Ignacio Chávez	Matutino	56	62.9	62.9
	Vespertino	14	15.7	78.7
	matutino-vespertino	18	20.2	98.9
	vespertino-nocturno	1	1.1	100.0
	Total	89	100.0	
AÑOS DE LABORAR POR GRUPO				
Clínica de Especialidades Churubusco	1 a 14 años	45	39.1	39.1
	15 a 29 años	60	52.2	91.3
	30 a 42 años	10	8.7	100.0
	Total	115	100.0	
CMF Dr. Ignacio Chávez	1 a 14 años	47	52.8	52.8
	15 a 29 años	27	30.3	83.1
	30 a 42 años	15	16.9	100.0
	Total	89	100.0	
CUENTA CON OTRO TRABAJO				
Clínica de Especialidades Churubusco	Si	48	41.7	41.7
	No	67	58.3	100.0
	Total	115	100.0	
CMF Dr. Ignacio Chávez	Si	28	31.5	31.5
	No	61	68.5	100.0
	Total	89	100.0	

TABLA 4. PREVALENCIAS DE FUNCIONALIDAD CONYUGAL POR UNIDAD MÉDICA

FUNCIONALIDAD CONYUGAL		Fre- cuencia	Porcen- taje	Rango Promedio	Valor de signifi- cancia
Clínica de Especiali- dades Churubusco	Funcional	96	83.5	92.98	0.001
	Moderadamente disfuncio- nal	17	14.8		
	Severamente disfuncional	2	1.7		
CMF Dr. Ignacio Chávez	Funcional	56	62.9	114.80	
	Moderadamente disfuncio- nal	25	28.1		
	Severamente disfuncional	8	9.0		

**TABLA 5. PREVALENCIAS DE BURNOUT POR DIMENSIONES
POR UNIDAD MÉDICA**

BURNOUT POR DIMENSIONES		Frecuencia	Porcentaje	Rango promedio	Valor de Significancia
Agotamiento emocional					
Clínica de Especialidades Churubusco	Bajo	77	67.0	101.98	0.863
	Moderado	22	19.1		
	Severo	16	13.9		
CMF Dr. Ignacio Chávez	Bajo	59	66.3	103.17	
	Moderado	16	18.0		
	Severo	14	15.7		
Despersonalización					
Clínica de Especialidades Churubusco	Bajo	61	53.0	101.53	0.769
	Moderado	30	26.1		
	Severo	24	20.9		
CMF Dr. Ignacio Chávez	Bajo	45	50.6	103.75	
	Moderado	25	28.1		
	Severo	19	21.3		
Ejecución personal					
Clínica de Especialidades Churubusco	Bajo	64	55.7	97.48	0.133
	Moderado	19	16.5		
	Severo	32	27.8		
CMF Dr. Ignacio Chávez	Bajo	37	41.6	108.98	
	Moderado	25	28.1		
	Severo	27	30.3		

TABLA 6. ASOCIACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD CONYUGAL Y BURNOUT EN EL TOTAL DE LA POBLACIÓN

			Funcionalidad conyugal	Burnout Agotamiento emocional
Rho de Spearman	Funcionalidad conyugal	Coeficiente de correlación	1.000	0.115
		Sig. (bilateral)	.	0.101
		N	204	204
	Burnout agotamiento personal	Coeficiente de correlación	0.115	1.000
		Sig. (bilateral)	0.101	.
		N	204	204
			Funcionalidad conyugal	Burnout despersonalización
Rho de Spearman	Funcionalidad conyugal	Coeficiente de correlación	1.000	0.026
		Sig. (bilateral)	.	0.712
		N	204	204
	Burnout despersonalización	Coeficiente de correlación	.026	1.000
		Sig. (bilateral)	.712	.
		N	204	204
			Funcionalidad conyugal	Burnout Ejecución personal
Rho de Spearman	Funcionalidad conyugal	Coeficiente de correlación	1.000	0.119
		Sig. (bilateral)	.	0.091
		N	204	204
	Burnout ejecución personal	Coeficiente de correlación	0.119	1.000
		Sig. (bilateral)	0.091	.
		N	204	204

TABLA 7. ASOCIACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD Y BURNOUT POR DIMENSIONES POR UNIDAD MÉDICA

				Funcionalidad conyugal	Burnout agotamiento emocional
Clínica de Especialidades Churubusco	Rho de Spearman	Funcionalidad conyugal	Coeficiente de correlación	1.000	0.011
			Sig. (bilateral)	.	0.906
			N	115	115
		Burnout Agotamiento personal	Coeficiente de correlación	-.011	1.000
			Sig. (bilateral)	0.906	.
			N	115	115
CMF Dr. Ignacio Chávez	Rho de Spearman	Funcionalidad conyugal	Coeficiente de correlación	1.000	0.235
			Sig. (bilateral)	.	0.027
			N	89	89
		Burnout Agotamiento Emocional	Coeficiente de correlación	0.235	1.000
			Sig. (bilateral)	0.027	.
			N	89	89
				Funcionalidad conyugal	Burnout despersonalización
Clínica de Especialidades Churubusco	Rho de Spearman	Funcionalidad conyugal	Coeficiente de correlación	1.000	-.074
			Sig. (bilateral)	.	0.435
			N	115	115
		Burnout despersonalización	Coeficiente de correlación	-.074	1.000
			Sig. (bilateral)	.435	.
			N	115	115
CMF Dr. Ignacio Chávez	Rho de Spearman	Funcionalidad conyugal	Coeficiente de correlación	1.000	0.112
			Sig. (bilateral)	.	0.295
			N	89	89
		Burnout despersonalización	Coeficiente de correlación	.112	1.000
			Sig. (bilateral)	.295	.
			N	89	89
				Funcionalidad conyugal	Burnout ejecución personal
Clínica de Especialidades Churubusco	Rho de Spearman	Funcionalidad conyugal	Coeficiente de correlación	1.000	0.139
			Sig. (bilateral)	.	0.137
			N	115	115
		Burnout ejecución personal	Coeficiente de correlación	.139	1.000
			Sig. (bilateral)	.137	.
			N	115	115
CMF Dr. Ignacio Chávez	Rho de Spearman	Funcionalidad conyugal	Coeficiente de correlación	1.000	0.061
			Sig. (bilateral)	.	0.570
			N	89	89
		Burnout ejecución personal	Coeficiente de correlación	.061	1.000
			Sig. (bilateral)	.570	.
			N	89	89

TABLA 8.- RELACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD CONYUGAL Y LAS VARIABLES DE ESTUDIO POR CLÍNICA (SÓLO AQUELLAS QUE PRESENTARON SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA)

- 1.- Clínica Ignacio Chávez
- 2.- Clínica Churubusco

Clínica	Variable	Nivel de significancia
1	Sexo	0.005
1	Edo. Civil	0.000
2	Edo. Civil	0.018
2	No. Hijos	0.043
2	Hipertensión arterial sistémica	0.004
2	Depresión	0.021

TABLA 9. RELACIÓN ENTRE DIMENSIONES DE BURNOUT Y LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES DE ESTUDIO POR CLÍNICA (SÓLO AQUELLAS QUE PRESENTARON SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA)

- 1.- Clínica Ignacio Chávez
- 2.- Clínica Churubusco

CLINICA	VARIABLE	NIVEL DE SIGNIFICANCIA
1	Agotamiento emocional /Insumos materiales	0.029
1	Agotamiento emocional /Desempeña su profesión	0.028
2	Agotamiento emocional I /Grupo de edad	0.049
1	Despersonalización/ Insumos materiales	0.006
1	Ejecución profesional/Desempeña su profesión	0.004
1	Ejecución profesional/ Años de laborar	0.008
1	Ejecución profesional/ Licencias medicas	0.027
2	Ejecución profesional/Desempeña su profesión	0.030

DISCUSIÓN:

La funcionalidad conyugal está dada por la calidad de las interacciones en la pareja que debería dibujar una relación interdependiente de apoyo que constituye la promoción de la misma pareja a través de la individualidad para poder promocionarse a ambos niveles (individual y de pareja). Contrariamente, un subsistema insano o disfuncional presentará una limitación difusa que permite una mala calidad de sus relaciones personales en un nivel práctico y este afecte a su vez sus actividades laborales.

Con relación a los datos de prevalencia obtenidos para la funcionalidad de pareja, se obtuvo información de un trabajo previo realizado en la misma Clínica de Medicina Familiar en 2004, pero en derechohabientes, ⁽²⁴⁾ en este trabajo los autores reportan 58% de personas con funcionalidad conyugal y sólo 2% de disfuncionalidad severa, resultados similares a los obtenidos en éste trabajo, diferencias significativas entre trabajos, sin dejar de considerar que el aquí presentado, fue realizado en trabajadores de la misma clínica. También se obtuvo información del escrito publicado por Mendoza Solís LA y cols., ⁽²⁷⁾ quienes refieren 52% de parejas funcionales y 9% de severamente disfuncionales, resultados igualmente similares a los obtenidos en éste trabajo.

Al comparar las prevalencias de la funcionalidad de pareja, entre el primer y segundo nivel si se presentaron diferencias estadísticas significativas, las cuales bien pudieran estar dadas por características socio demográficas como sexo,

edad y ocupación. En el análisis de la relación entre funcionalidad y características sociodemográficas del primer nivel se obtuvo relación entre la mencionada funcionalidad conyugal y el sexo, además del estado civil.

Para las prevalencias de Burnout, no se obtuvieron diferencias entre los niveles de asistencia médica, con valores de 13.9% y 15.7% para agotamiento emocional severo en el primer y segundo nivel respectivamente, similar a lo reportado por López-León E y cols. ⁽²⁾ con 26% en médicos familiares. De 20.9% y 21.3% para despersonalización severa, también similar al 19.8% reportado por los mismos autores. Y con mayores porcentajes para ejecución personal 27.8% y 30.3%, sin embargo, muy por abajo del 77% reportado para esta dimensión en el mismo artículo.

El Síndrome de Burnout en sus tres dimensiones estuvo presente en los 2 tipos de atención médica, con predominio en el primer nivel de atención. Igual situación que para funcionalidad conyugal, también presente en los trabajadores de las dos unidades, pero con una mayor prevalencia en el primer nivel de atención. Por lo anterior se detecta un perfil de riesgo para estos profesionales de la salud. El primer nivel de atención, satisface las necesidades de salud de la población en su ámbito jurisdiccional a través de atención integral ambulatoria, con énfasis en promoción de la salud, prevención de los riesgos y daños y fomentando la participación ciudadana.

Al asociar las dos variables principales de estudio, no se encontró asociación con significancia estadística, Martínez López C y cols. ⁽³⁾ encontraron diferencias estadísticas en todas las subescalas del síndrome de Burnout y los diferentes tipos de relación que se establecen entre las parejas. En ese estudio, no se aplicó un instrumento validado para medir funcionalidad conyugal, sólo se realizó una pregunta con nivel de medición ordinal y categorizada como relación buena, indiferente o difícil, y no una escala de medición validada.

Al realizar el mismo análisis pero dividiendo por unidad médica, sólo se obtuvo asociación entre agotamiento emocional y disfunción de pareja en la CMF Dr. Ignacio Chávez, mismo resultado que el referido por Martínez López y col. ⁽³⁾. Es importante mencionar que las variables que tuvieron asociación con significancia en la Clínica de Medicina Familiar con el síndrome, fueron las relacionadas a la actividad laboral, como el desempeño de la profesión y el contar con insumos materiales.

Es de llamar la atención, que casi la totalidad de factores que asociaron a las tres dimensiones del Síndrome de Burnout sean los relacionados a la actividad laboral como el desempeño profesional, los años de laborar y los insumos materiales, lo que asocia con los modelos etiológicos basados en la teoría organizacional. Según estos modelos, las variables como las funciones del rol, el apoyo percibido, la estructura, el clima y la cultura organizacional junto a la forma de afrontar las situaciones amenazantes, están implicadas en la aparición del síndrome.

Finalmente, podemos concordar que la relación de pareja es uno de los aspectos centrales de la vida del ser humano. Su desarrollo permitirá tener un manejo adecuado de emociones, las cuales intervienen directamente en la forma en que los individuos resuelven los problemas. De igual manera, el síndrome de Burnout lleva a conflictos interpersonales, y la presencia de ambos puede generar a un mal funcionamiento de la persona.

CONCLUSIONES

Se identificaron pocos estudios que midan la funcionalidad de pareja, lo que remarca la poca importancia dedicada tanto a su diagnóstico como a su tratamiento por el médico de familia, y aún menos asociada a desgaste laboral

Al analizar la asociación entre el síndrome de Burnout y la disfuncionalidad de pareja no se encontró dicha asociación, al parecer una no depende de la de la otra, sin embargo se sugiere realizar nuevos estudios del tipo de cohorte u otro diseño para validar los resultados.

Se detectaron datos de frecuencia importantes en ambas variables, siendo los trabajadores de la clínica de primer nivel los que presentaron una mayor afectación. También es importante tomar en cuenta a todos aquellos que se encontraron con niveles moderados en alguna de las dimensiones de Burnout ya que hasta este nivel el cuadro puede ser reversible. Por lo que es necesario llevar a cabo medidas preventivas y terapéuticas para el manejo y detección de síndrome de Burnout así como la disfunción de pareja que está encaminado a un proceso personal de adaptación de expectativa a la realidad cotidiana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Martínez-López C, López-Solache G. Características del síndrome de Burnout en un grupo de enfermeras mexicanas, Arch Med Fam. 2005 Enero-abril; 7(1): 6-9.
2. López-León E, Raymundo J, Rodríguez Moctezuma J.M, López Carmona M.L, Peralta Pedrero C, Munguía Miranda. Desgaste profesional en médicos familiares y su asociación con factores sociodemográficos y laborales, Rev Med IMSS. 2007; 45(1): 13-19.
3. Borda Pérez M, Navarro Lechuga E, Aun Aun E, Berdejo Pacheco H, Racedo Rolon K, Ruiz Sara J, Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte, Salud Uninorte Baranquilla 2007; 23(1): 43-45.
4. Apiquian Guitart A. El Síndrome del Burnout en las Empresas, tercer congreso de escuelas de psicología de las universidades red Anáhuac. Mérida, Yucatán 26 y 27 de abril, 2007.
5. Dickinson Bannack ME, Fernández Ortega MA, González Salinas C, Palomeque Ramírez M.P, Hernández Vargas C, Ramírez González M, Juárez García Arturo, Burnout en enfermería y su asociación con algunas características del rol de género, Aten Fam. 2010; 17(3): 66-69
6. Gálvez M, Moreno B, Mingote Carlos J, El Desgaste profesional del Médico, 1ª ed. España, Editorial Díaz de Santos. 2009, 4-63.
7. Martínez Pérez, A. El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión, Vivat Academia. nº 112. Septiembre. 2010.
8. Salanova M, Llorens U. Estado actual y retos futuros en el estudio del Burnout, papeles del psicólogo, 2008; 29 (1), 59-67.
9. Hernández-Vargas CI, Eloísa Dickinson M, Fernández Ortega M.G, síndrome de desgaste profesional Burnout en médicos mexicanos, Rev Fac Med UNAM 2008; 51(1): 11-14

10. Díaz Romero RM, Pérez Romero E, Lartigue Becerra MT. Desgaste profesional en un grupo de Odontólogos. Revista ADM. 2006 Noviembre-diciembre; 63(6): 220-224.
11. Aldrete Rodríguez MG, Preciado Serrano ML, Franco Chávez SA, Pérez JA, Aranda Beltrán C. Factores Psicosociales Laborales y Síndrome de Burnout, Diferencias entre Hombres y Mujeres Docentes de Secundaria, Zona Metropolitana de Guadalajara, México. Ciencia y trabajo; 2008 octubre/diciembre; 10(30): 138-142
12. Thomaé Vanessa M.N, Ayala E.A, Soledad Sphan M, Stortti M.A. Etiología y Prevención del Síndrome de Burnout en los Trabajadores de la Salud, Rev Posgrado Vía cátedra Med. 2006; 153: 18-21
13. Yusvisaret Palmer-Morales L.A, Gómez Vera A, Cabrera Pivaral C, Prince Vélez R, Searcy Bernal R, Prevalencia del Síndrome de Agotamiento Profesional en médicos anesthesiólogos de la ciudad de Mexicali, Gaceta Med México; 2005; 141(3): 181-183.
14. Quiceno JM, Alpi SV. Burnout: "Síndrome de Quemarse en el Trabajo (sqt)", Acta Colombiana Psicol. 2007; 10(2): 117-125.
15. Román Hernández J, Estrés Y Burnout En Profesionales De La Salud De Los Niveles Primario Y Secundario De Atención. Rev Cubana salud Pub. 2003; 29(2): 103-109.
16. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F, Influencia De Factores Personales, Profesionales y Transnacionales En El Síndrome De Burnout En Personal sanitario Hispanoamericano Y Español (2007), Rev Española Salud Pub. 2009; 83(2): 215-230.
17. Atance Martínez J C. Aspectos Epidemiológicos Del Síndrome De Burnout En Personal Sanitario. Rev Española Salud Pub. 1997 mayo-junio; 72(3): 293-303.
18. Curiel-García, J. A, Rodríguez Morán M, Rodríguez Moran F, Guerrero Romero, Síndrome de agotamiento profesional en personal de atención a la salud, Rev Med IMSS. 2006 julio - octubre; 44(3): 221-226.

19. Bresó Esteve E, Salanova M, editores. Síndrome de estar quemado por el trabajo "Burnout" (III): Instrumento de medición [Internet], Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales España, Disponible: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_732.pdf.
20. Pardo Álvarez J, López Herrero F, Moriña Macías M, Pérez Collado M, Freire Pérez P, Fernández Leal R, ¿Estamos quemados en Atención Primaria?, Med Fam 2002; 3(4): 245-250.
21. Shirom A, Acerca de la Validez del Constructo, Predictores y Consecuencias del Burnout en el Lugar de Trabajo, Ciencia y trabajo. 2009 abril-junio; 11(32): 44-54.
22. Fidalgo Vega M, editor, Síndrome de estar quemado por el trabajo o "Burnout" (II): consecuencias, evaluación y prevención, [Internet], Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales España, Disponible: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_705.pdf.
23. Huerta González J. L, La Familia en el proceso Salud-Enfermedad, Editorial Alfil, 1ª edición, 2005, pp.100-103.
24. Salazar Colín E, Boschetti Fentanes B, Monroy Caballero C, Ponce-Rosas R, Irigoyen-Coria A. Disfunción Conyugal y su Relación con los Motivos de Consulta de los Pacientes Hiperutilizadores. Arch Med Fam. 2005; 7(2): 45-48.
25. Chávez Aguilar V, Velazco Orellana R. Disfunciones Familiares del Subsistema Conyugal. Criterios Para su Evaluación. Rev Med IMSS 1994; 32: 39-43.
26. Rojas Bolaños M. L, Castillo León M. T, Echeverría Echeverría R, Síndrome de Burnout en Personal del Primer Nivel de Atención sanitaria en Mérida, México, Revista Científica Electrónica de Psicología, ICSa-UAEH [Internet], 2001, No.5. pp. 41-62, disponible: <http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/IMG/pdf/3 - No. 5.pdf>

27. Mendoza Solís LA, Soler Huerta E, Sainz Vázquez L, Gil Alfaro I, Mendoza Sánchez HF, Pérez Hernández C, Análisis de la Dinámica y Funcionalidad familiar en Atención Primaria. Arch Med Fam 2006; 8(11): 27-32.

ANEXO # 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

ASOCIACION ENTRE SINDROME DE BURNOUT Y DISFUNCIONALIDAD DE PAREJA EN DOS CLINICAS DEL ISSSTE DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE LA ATENCION MÉDICA. ESTUDIO COMPARATIVO

Sede donde se realizará el estudio: CMF. Dr. Ignacio Chávez ISSSTE y Clínica de Especialidades de Churubusco ISSSTE

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto. Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivos determinar la asociación entre el síndrome de Burnout y la disfuncionalidad de pareja en el personal de salud de dos clínicas del ISSSTE de primero y segundo nivel de atención médica.

PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas sobre usted, cansancio emocional y funcionalidad de pareja que serán evaluados por medio de una ficha de identificación y dos cuestionarios.

ACLARACIONES

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.
- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado anexa a este documento.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Firma del participante o del padre o tutor

Fecha

Testigo

Fecha

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):

He explicado al Sr(a). _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del investigador

Fecha

ANEXO # 2 DATOS PERSONALES

SEXO: Masculino: <input type="checkbox"/> Femenino: <input type="checkbox"/>	
EDAD:	
ESCOLARIDAD:	ESCOLARIDAD DE LA PAREJA:
OCUPACIÓN:	OCUPACION DE LA PAREJA :
ESTADO CIVIL: Casado(a): <input type="checkbox"/> Soltero(a): <input type="checkbox"/> Unión libre: <input type="checkbox"/> Viudo(a): <input type="checkbox"/> Divorciado(a): <input type="checkbox"/>	No. DE HIJOS: Ninguno: <input type="checkbox"/> 1 a 2: <input type="checkbox"/> 3 ó mas : <input type="checkbox"/>
RELIGIÓN: Católico: <input type="checkbox"/> Cristiano(a): <input type="checkbox"/> Testigo de Jehová <input type="checkbox"/> Otra: <input type="checkbox"/>	RELIGION DE LA PAREJA:
PADECE ALGUNA ENFERMEDAD: Diabetes: <input type="checkbox"/> Hipertensión: <input type="checkbox"/> Cáncer: <input type="checkbox"/> Depresión: <input type="checkbox"/> Otra: _____	
REALIZA ACTIVIDADES RECREATIVAS: 0: nunca <input type="checkbox"/> 1: Alguna vez al año o menos <input type="checkbox"/> 2: una vez al mes o menos <input type="checkbox"/> 3: algunas veces al mes o menos <input type="checkbox"/> 4: una vez a la semana <input type="checkbox"/> 5: varias veces a la semana <input type="checkbox"/> 6: todos los días <input type="checkbox"/>	
DATOS LABORALES	
DESEMPEÑA SU PROFESION: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
TURNO DE TRABAJO: MATUTINO: <input type="checkbox"/> VESPERTINO: <input type="checkbox"/> NOCTURNO: <input type="checkbox"/>	
AÑOS DE LABORAR EN ESTA INSTITUCIÓN: _____	
CUENTA CON OTRO TRABAJO : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DESDE CUANDO: _____ QUE FUNCION QUE REALIZA? _____	
¿HA TENIDO LICENCIAS MÉDICAS DURANTE EL ÚLTIMO AÑO?: 0: nunca <input type="checkbox"/> 1: Alguna vez al año o menos <input type="checkbox"/> 2: una vez al mes o menos <input type="checkbox"/> 3: algunas veces al mes o menos <input type="checkbox"/> 4: una vez a la semana <input type="checkbox"/> 5: varias veces a la semana <input type="checkbox"/> 6: todos los días <input type="checkbox"/>	
¿CUENTA CON INSUMOS MATERIALES Y FISICOS REGULARMENTE PARA SU DESEMPEÑO DE TRABAJO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

Anexo # 3 Cuestionario Maslach Burnout Inventory

Nº	<i>Preguntas</i>	Nunca 0	Alguna vez al año o menos 1	Una vez al mes o menos 2	Algunas veces al mes 3	Una vez a la semana 4	Varias veces a la sema- na 5	Diaria- riamente 6
1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
2	Me siento cansado al final de la jornada de trabajo							
3	Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar							
4	Comprendo fácilmente cómo se sienten los clientes / compañeros							
5	Trato a algunos clientes / compañeros como si fueran aspectos impersonales							
6	Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo							
7	Trato muy eficazmente los problemas de los clientes / compañeros							
8	Me siento "quemado" por mi trabajo							
9	Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas							
10	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo ésta profesión.							
11	Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente							
12	Me siento muy activo							
13	Me siento frustrado en mi trabajo							
14	Creo que estoy trabajando demasiado							
15	Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis clientes / compañeros							
16	Trabajar directamente con personas me produce estrés							
17	Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis clientes							
18	Me siento estimulado después de trabajar con mis clientes / compañeros							
19	He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión							
20	Me siento acabado							
21	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma							
22	Siento que los clientes / compañeros me culpan por alguno de sus problemas.							

Se suman las respuestas dadas a los ítem que se señalan:

Aspecto evaluado	Preguntas a evaluar	Valor total
Cansancio emocional	1-2-3-6-8-13-14-16-20	
Despersonalización	5-10-11-15-22	
Realización personal	4-7-9-12-17-18-19-21	

Cuyas tres dimensiones se califican mediante una escala tipo Likert que va de 0 a 6 puntos para cada ítem y cuya puntuación por dominio se interpreta de la siguiente manera: Cansancio emocional, nueve ítems: bajo con menor de 0 a 18 puntos, moderado 19 a 26 y alto mayor a 27. Despersonalización, cinco ítems: bajo con menor de 5 puntos, medio 6 a 9 y alto mayor a 10. Realización personal, ocho ítems: bajo con mayor de 40, medio 34 a 39 y alto menor a 33

La escala de valoración es la siguiente:

0: nunca 1: pocas veces al año o menos 2: una vez al mes o menos 3: una pocas veces al mes o menos 4: una vez a la semana 5: pocas veces a la semana 6: todos los días

ANEXO # 4

FUNCIONALIDAD CONYUGAL	NUNCA	PONDERACION OCASIONAL	SIEMPRE
FUNCION DE COMUNICACIÓN.			
1. Cuando quiere comunicar algo a su pareja se lo dice directamente.	0	5	10
2. La pareja expresa claramente los mensajes que intercambia			10
3. Existe congruencia entre la comunicación verbal y analógica			10
FUNCION DE ADJUDICACION Y ASUNCION DE ROLES			
1. La pareja cumple los roles que mutuamente se adjudican	0	2.5	5
2. Son satisfactorios los roles que asume la pareja	0	2.5	5
3. Se propicia el intercambio de roles entre la pareja	0	2.5	5
FUNCION DE SATISFACCIÓN SEXUAL			
1. Es satisfactoria la frecuencia con que se tiene relaciones sexuales	0	5	10
2. Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual	0	5	10
FUNCION DE AFECTO			
1. Existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja	0		5
2. El tiempo que se dedica la pareja es gratificante	0		5
3. Se interesan por el desarrollo y superación de la pareja.	0		5
4. Percibe que son queridos por su pareja.	0		5
FUNCION DE TOMA DE DECISIONES			
1. Las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente.	0	7.5	15

La calificación de cada función permite detectar cuantitativamente el área o áreas que ameritan atención y ajuste y se propone que en general las disfunciones se califiquen sumando el puntaje total observado como sigue:

- 0-40 Pareja severamente disfuncional
- 41-70 Pareja moderadamente disfuncional
- 71-100 Pareja funcional